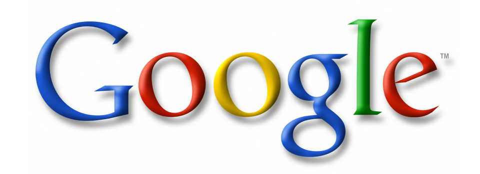


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

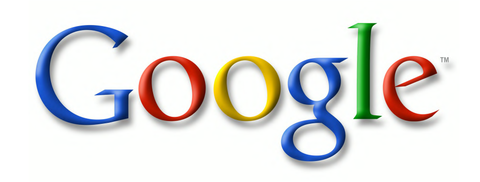
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

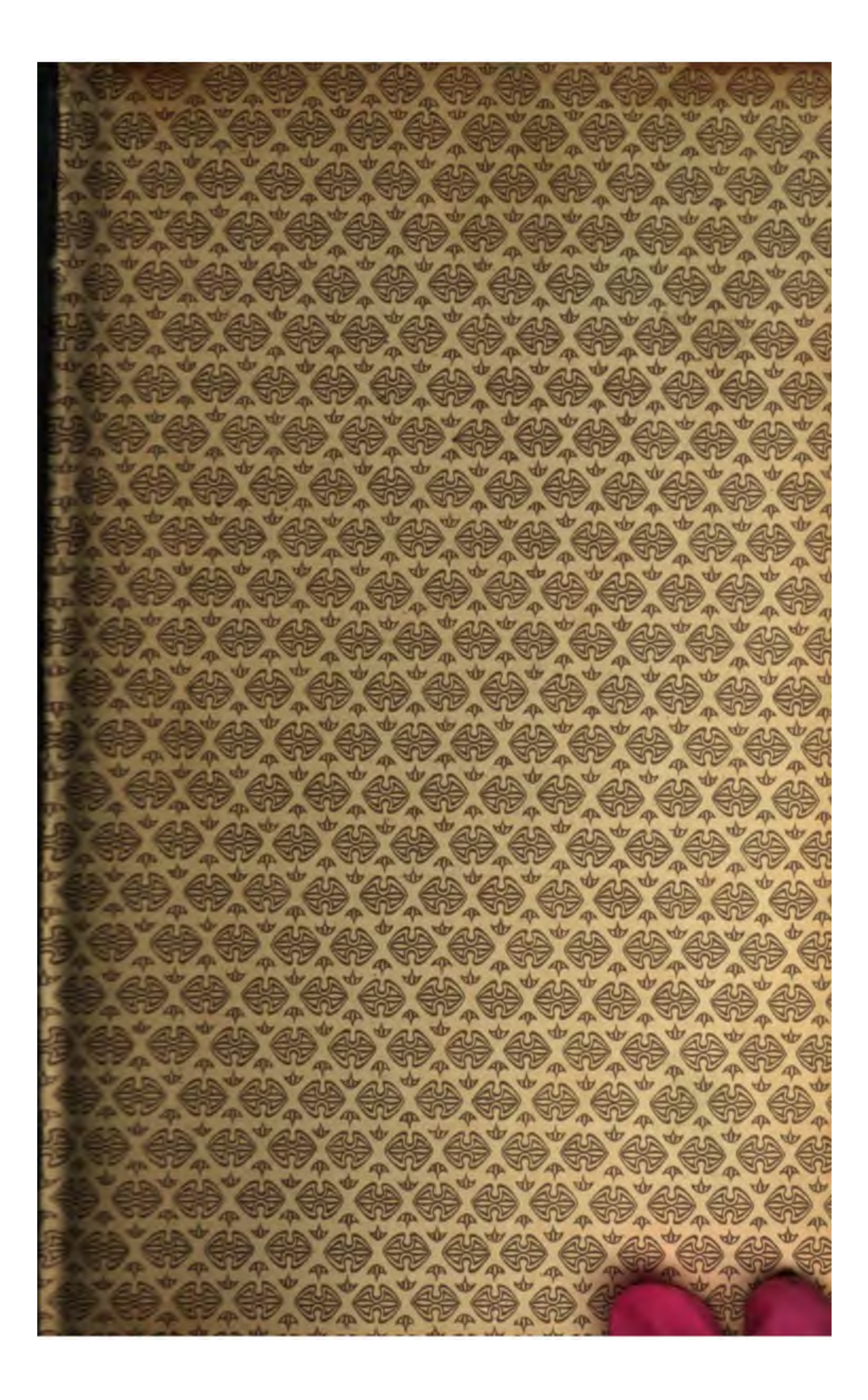
+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


A 3 9015 00385 623 7
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



610.5
A59
T.47

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XLVII

610.5
A5a

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XLVII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages au moins, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris........................	18	francs.
Pour les départements..............	20	—
Pour l'Europe......................	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique.....	23	—
Pour les autres parties du monde...	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 67, rue de Rome, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef:

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XLVII

Contenant des travaux de

AUDEBERT et SABRAZÈS, BASY, BECKMANN, BÉGOUIN, BERGER, BOURSIER, COMMANDEUR, CRIMAIL, DÉMÉTRIUS et POPOFF, DU BOUCHET, FIEUX, GUILLEMOT, HERBET, HEINRICIUS, HERRGOTT, LABUSQUIÈRE, LANDOLT, LEGUEU et MARIEN, LIPINSKI, MAUCLAIRE, MONOD, PÉAN, PINARD, SEGOND, POBEDINSKY, ROSENTHAL, SCHWARTZ, VARNIER et PIERRE DELBET, WEBER.

1897

(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1897

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE DU 7 DÉCEMBRE 1895 AU 7 DÉCEMBRE 1896

Par le professeur **A. Pinard**.

D'après un usage voulu, je vais vous exposer aujourd'hui les résultats obtenus à la Clinique Baudelocque du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896, après avoir suivi avec rigueur dans la thérapeutique des viciations pelviennes, les préceptes que j'ai formulés en 1893 et que j'ai toujours appliqués depuis cette époque (1). Du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896, 95 femmes, chez lesquelles une viciation pelvienne a été reconnue, sont venues accoucher dans le service.

Sur ce nombre, 68 accouchèrent spontanément.

Chez 27 il fallut intervenir.

Les interventions se décompensent de la façon suivante :

Agrandissement momentané du bassin............. 14 fois.
Application de forceps............................ 6 —

(1) *De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1893. De l'agrandissement momentané du bassin.* Rapport lu au Congrès international des sciences médicales, tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894. — *De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1894-1895.*

Version....................................	1 fois.
Opération césarienne et amputation utéro-ovarique.	2 —
Basiotripsie sur enfants morts....................	3 —
Embryotomie sur enfant mort.....................	1 —

Examinons d'abord les 14 cas où l'agrandissement du bassin a été pratiquée par mes collaborateurs Varnier, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise et par moi.

OBS. **2037**. — LXIXe *Symphyséotomie*, pratiquée le 24 décembre 1895 (PINARD).

La nommée Clémence L..., Ipare, 21 ans, domestique, entre à la clinique le 2 décembre 1895.

Cette femme dit avoir marché à 2 ans, toujours bien depuis. Elle présente une incurvation des fémurs.

Ses dernières règles datent du 12 au 14 mars. Présentation du sommet en G.T. Bassin vicié, diamètre P.S.P. 103.

Le 23 décembre à 11 h. 30 du soir, la femme entre à la salle de travail. Le col est en voie d'effacement. Le 24 décembre à 1 h. 40 du matin, la dilatation est complète. On rompt les membranes. Le liquide amniotique est vert. La tête ne s'engageant pas on prévient M. Pinard qui décide de pratiquer la symphyséotomie.

A 3 h. 35, chloroforme. Introduction d'un ballon Champetier dans le vagin pour dilater les parties molles.

A 4 h. 5, incision des téguments. A 4 h. 15, section de la symphyse. Écartement provoqué de 4 centim. 1/2.

Application de forceps. A 4 h. 35 extraction du fœtus qui naît un peu étonné.

Délivrance artificielle 5 minutes après l'extraction. Points profonds et superficiels au fil d'argent. Poids de l'enfant 3,070 grammes. Bi-pariétal 92. Enfant allaité par la mère. Mort le 15e jour de broncho-pneumonie.

Suites de couches légèrement pathologiques. L'opérée se lève le 20e jour et marche très bien.

Part en convalescence le 1er février : revenue dans le service comme infirmière ; y est encore actuellement.

Obs. 83. — LXXe *Symphyséotomie*, pratiquée le 15 janvier 1896 (Bouffe de Saint-Blaise).

La nommée Léonie M..., 28 ans, Ipare, entre à la Clinique le 14 janvier à 11 heures du soir.

Dernières règles du 15 au 19 avril 1895. Hauteur de l'utérus 37. Début du travail le 13 janvier à 10 heures du soir. La parturiente est soignée chez elle par une sage-femme qui, voyant que le travail n'avance pas, fait demander un docteur. Celui-ci de 7 à 10 heures du soir, le 14 janvier, tente 5 applications de forceps sans résultat, et envoie ensuite la femme à la clinique.

A son entrée à la salle de travail, la dilatation n'est pas complète. Les membranes sont rompues. Liquide purée. Bruits du cœur à 209, puis à 140. Sommet G.T.

Bassin vicié, diamètre P.S.P. 108.

Température à l'entrée 37°,5, pouls 108. Injection sous-cutanée de sérum A, 10 centim. cubes.

A 3 h. et demie la dilatation est complète. On fait pousser la femme ; les bruits du cœur sont plus réguliers, mais la tête ne progresse pas.

A 8 heures le Dr Bouffe de Saint-Blaise pratique la symphyséotomie. Section de la symphyse terminée à 8 h. 24. Écartement spontané de 2 centim., provoqué de 6 centim.

8 h. 30. Application de forceps. A 8 h. 40, extraction du fœtus. A ce moment le fœtus fait un mouvement d'inspiration, puis ne présente plus un seul battement ; il ne peut être ranimé.

Délivrance artificielle immédiate, huit points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

L'enfant pèse 3,680 grammes. Bi-pariétal 93.

Suites de couches pathologiques. Injections intra-utérines. Curettage le 4e jour.

Phlegmon de la région trochantérienne.

Femme partie en bon état le 1er mars 1896.

Obs. 124. — LXXIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 22 janvier 1896 (Bouffe de Saint-Blaise).

La nommée Marie L..., 30 ans, IIpare, entre à la Clinique le 8 janvier.

A marché à 2 ans, a toujours bien marché. Première grossesse

en 1890. Accouchement provoqué à la Clinique Baudelocque. Ballons Tarnier et Champetier. Forceps au détroit supérieur. Enfant mort-né (fracture du crâne).

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 19 mars. Hauteur de l'utérus, 36 centim.

Sommet G.T. Diamètre P.S.P. 100.

Début du travail le 22 janvier à 2 heures du matin. A 1 heure du soir, la dilatation est grande comme 5 francs. M. Pinard examine la parturiente et conseille de rompre les membranes à la dilatation complète et d'attendre.

A 2 h. 40 la dilatation est complète.

Rupture artificielle des membranes, liquide verdâtre.

La tête est inclinée sur le pariétal postérieur, l'oreille accessible au toucher.

La femme pousse pendant deux heures, mais comme la tête ne progresse pas, la symphyséotomie est décidée.

A 5 h. et demie, incision cutanée. 5 h. 36, section de la symphyse, terminée à 5 h. 41. Écartement spontané 2 centim., provoqué 6 centim.

Application de forceps. Extraction du fœtus à 5 h. 55. Procubitus du cordon. Enfant né étonné mais ranimé très vite. Poids de l'enfant 3,480 grammes. Bi-pariétal 103.

Délivrance par expression cinq minutes après l'extraction du fœtus.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Élévation de température les 3e et 4e jours, la femme ayant une bronchite intense.

L'enfant meurt de broncho-pneumonie le 9e jour.

Femme partie en très bon état le 27 février.

Obs. **318.** — LXXIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 25 février (Varnier).

La nommée Marie C..., 24 ans, Ipare, arrive à la Clinique Baudelocque le 25 février à 7 h. 40 du soir. Elle est allée consulter pendant sa grossesse à l'Hôtel-Dieu où l'on lui a conseillé de venir dès les premières douleurs. Le 25 février au matin, la femme retourne à l'Hôtel-Dieu où l'on constate qu'elle est en travail. Présentation du sommet en G.T. Dilatation comme 50 centimes. Contractions utérines régulières. Bassin vicié, diamètre P.S.P. 102.

La dilatation progresse normalement. Elle est complète à 2 heures du soir. (Les membranes se sont rompues à la dilatation comme 5 francs.)

Les bruits du cœur sont normaux; la femme pousse, mais la tête ne progresse pas.

A 5 h. 30 du soir, application de forceps sans résultat faite par l'interne. Les bruits du cœur deviennent irréguliers. On prévient M. Varnier qui fait transporter la femme à la Clinique Baudelocque où elle arrive à 7 h. 40 du soir.

A 8 h. 15 on commence l'anesthésie. A 8 h. 30, incision des téguments. 8 h. 35, section de la symphyse. M. Varnier place l'écarteur sensible et en écartant doucement les jambes obtient un écartement de 5 centim.

A 8 h. 40, M. Varnier applique le forceps. Au moment de la rotation l'écarteur marque 5 centim. et demi.

Extraction de l'enfant à 8 h. 50 soir.

Poids : 3,960 gr. Bi-pariétal 97 millim.

9 heures du soir. Délivrance artificielle par Mlle Roze.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Suites de couches pathologiques.

5 injections de sérum antistreptococcique.

Femme et enfants partis en bon état le 31 mars 1896.

Poids de l'enfant à la sortie, 4,310 gr.

Obs. 361. — LXXIIIe *Symphyséotomie,* pratiquée le 3 mars (Varnier).

La nommée J..., Juliette, 20 ans, bijoutière, Ipare, est envoyée à la Clinique le 29 février à 10 heures du matin. Elle est envoyée de l'Hôtel-Dieu, par M. Varnier qui, après l'avoir examinée, ayant constaté le degré de rétrécissement du bassin, et le volume approximatif de la tête fœtale, pense qu'une intervention pourra être nécessaire.

Date des dernières règles, 25 mai. Hauteur de l'utérus, 34 centim. Diamètre promonto-sous-pubien 103. Cette femme a marché à 18 mois.

Elle est entrée en travail le 28 février à minuit.

A son entrée, dans le service, la dilatation est de 50 centimes le 29 février à 10 heures du matin.

Le 2 mars à 10 heures du matin, la dilatation est grande comme

2 francs. M. Pinard rompt les membranes qui sont constamment tendues.

Le liquide est vert. Injection de 10 gr. de sérum antistreptococcique.

Le même jour à 10 heures du soir, introduction d'un ballon Champetier, moyen modèle, d'une contenance de 240 gr.

A 11 heures, dilatation complète.

A 11 heures, et demie, anesthésie, toilette, cathétérisme.

A 11 h. 40, incision cutanée et section de la symphyse terminée à 11 h. 48. Ecartement provoqué 7 centim.

11 h. 52, application de forceps. Extraction du fœtus à minuit 5. C'est un garçon, pesant 2,945 gr.; diamètre bi-pariétal 90. Il naît un peu étonné, mais est très vite ranimé à l'aide de quelques frictions.

Délivrance artificielle immédiate.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Suites de couches normales.

Enfant envoyé en nourrice le cinquième jour, pesant 2,920 gr.

La femme se lève le 22 mars.

Le 27 mars, elle se plaint d'une douleur dans la jambe gauche. Il existe de l'œdème péri-malléolaire. On place le membre dans une gouttière; il est enveloppé de compresses imbibées de chlorhydrate d'ammoniaque.

5 injections de 10 gr. de sérum antistreptococcique.

Pas d'élévation de température. Le 30 mars la douleur a complètement disparu ainsi que l'œdème.

La malade quitte le service en bon état le 28 avril 1896.

Obs. **510**. — LXXIVe *Symphyséotomie*, pratiquée le 26 mars 1896 (Pinard).

La nommée Rose P..., primipare, entre à la Clinique Baudelocque le 26 mars 1896, à 9 heures du matin.

Cette femme a marché à 12 mois, a été réglée à 12 ans régulièrement.

Elle est amenée à la Clinique, le 26 mars, par une sage-femme qui raconte qu'elle a perdu les eaux depuis huit jours (19 mars midi).

Le travail s'est déclaré le 25 vers 1 heure du matin.

La dilatation était complète depuis le 26 à 2 heures du matin.

Les efforts d'expulsion ne produisant aucune progression, la sage-femme fait demander un docteur qui tente successivement deux applications de forceps. Le forceps dérape deux fois et la femme est envoyée à la Clinique.

A son entrée on constate que la dilatation est complète; la tête n'est pas engagée, mais inclinée sur le pariétal antérieur (suture sagittale à 7 centim. de la symphyse); on atteint le promontoire, Il existe une bosse séro-sanguine volumineuse et un chevauchement considérable du pariétal antérieur sur le postérieur.

Bain, injection vaginale et injection de sérum.

10 heures du matin. Introduction dans le vagin d'un ballon Champetier grand modèle ; l'utérus est constamment tendu.

10 h. 50. La femme étant rasée on commence l'anesthésie, la femme est transportée à l'amphithéâtre.

11 heures. Toilette vulvaire ; le ballon s'étant vidé d'une partie de son liquide, on le distend de nouveau à son maximum avant de l'extraire, afin d'obtenir une dilatation plus grande des parties molles.

11 h. 05. Extraction du ballon.

Lavage de la région pubienne au bi-iodure et à l'éther.

11 h. 40. Incision cutanée, durée cinq minutes (couche adipeuse au devant de la symphyse, très épaisse).

11 h. 15. Section de la symphyse terminée à 11 h. 20.

La tête appuie très fortement sur le pubis et occasionne une certaine difficulté pour passer l'index derrière la symphyse. L'écartement provoqué à l'aide de l'écarteur à vis, et en écartant progressivement les jambes, est de 5 centim. et demi.

L'écarteur à vis est enlevé, et remplacé par l'écarteur sensible qui marque 5 centim.

11 h. 23. M. Pinard introduit la main droite dans le vagin, puis place la branche gauche du forceps.

11 h. 25. Introduction de la branche droite. Tractions.

Pendant les tractions l'écarteur sensible marque 5 centim. et demi.

11 h. 30. Extraction du fœtus. Le liquide qui s'échappe avec l'enfant est absolument purée. L'enfant né en état de mort apparente, est ranimé à l'aide de la désobstruction des voies respiratoires, qui contenaient du méconium en grande quantité. On fait seulement deux ou trois insufflations, et l'enfant est ranimé.

Délivrance artificielle, immédiate, par Mlle Roze. Écoulement sanguin assez considérable à ce moment, qui cède à une injection intra-utérine très chaude.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

A ce moment la femme pâlit, son pouls est petit, fréquent.

Injection d'éther, et injection de sérum 250 gr.

Enfant sexe masculin, 3,200 gr. sans méconium.

Bi-pariétal, 96 millim.

Suites de couches normales. Femme partie en bon état le 21 juin 1886.

L'enfant parti en nourrice le 17 avril, pèse 3,800 gr.

OBS. 750. — LXXVe *Symphyséotomie,* pratiquée le 3 mai 1896 (BOUFFE DE SAINT-BLAISE).

La nommée Philomène L..., primipare, âgée de 24 ans, est admise à la salle de travail le 3 mai 1896, à 9 heures du matin.

Elle a marché à 2 ans et a boité à partir de ce moment ; elle a été réglée à 18 ans, régulièrement.

Ses dernières règles datent du 8 au 12 août (elle est très affirmative) ; elle est à terme, d'après le volume de l'utérus qui est très développé : 37 centim. Le fœtus est très mobile, on le fixe à l'aide de la ceinture eutocique.

La parturiente mesure 1 m. 36. Son membre inférieur gauche est plus court de 3 centim. Elle a une luxation de la hanche gauche.

Elle éprouve les premières douleurs à 2 heures du matin, le 3 mai. A son entrée, le col est en voie d'effacement, les membranes entières. Les bruits du cœur sont normaux.

A 5 heures du soir, la dilatation est complète ; Mlle Rose pratique la rupture artificielle des membranes pendant qu'on maintient la tête fixée. Il s'écoule une certaine quantité de liquide très vert, mais les bruits du cœur sont normaux.

On fait pousser la femme, mais la tête ne fait aucun progrès, bien qu'il y ait un certain chevauchement des pariétaux.

A 6 heures, introduction d'un ballon Champetier grand modèle dans le vagin. La femme est rasée à 6 h. 20 du soir. On la soumet à l'anesthésie chloroformique.

Lavage de la région pubienne au biiodure et à l'éther. Extraction du ballon Champetier pour obtenir une dilatation préalable

de l'orifice vulvaire. Cette extraction est faite avec lenteur et avec une certaine difficulté, la vulve étant très distendue. On pratique le cathétérisme vésical, puis à 6 h. 40, M. Bouffe pratique l'incision cutanée. Il est très difficile d'introduire le doigt dans l'adminiculum, tellement la tête est solidement fixée sous la symphyse.

6 h. 42, section de la symphyse terminée à 6 h. 45. Écartement spontané, 25 millim.; écartement provoqué avec l'écarteur à vis, 7 millim. L'écarteur sensible marque 4 centim. — 6 h. 51. Application du forceps. — 6 h. 56. Rotation au moment où le fœtus fait un mouvement d'inspiration. — 7 heures. Extraction du fœtus, étonné, ranimé après désobstruction des voies respiratoires et frictions. Poids, 3,500 grammes.

Délivrance artificielle immédiate.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Suites de couches normales, sauf le neuvième jour où la femme à 39°.2 le soir. Elle a de la rougeur très intense et de la douleur a la cuisse au niveau d'une injection de sérum.

Elle part en bon état le 20 juin.

L'enfant pèse à la sortie 4,700 gr.

OBS. 793. — LXXVI° *Symphyséotomie,* pratiquée le 10 mai 1896 (PINARD).

La nommée Marie B..., 32 ans, multipare, entre à la Clinique le 9 mai. Cette femme ne se rappelle pas quand elle a marché, a toujours bien marché.

1er accouchement en 1890, spontané, à terme, d'une fille se présentant par le siège ; morte pendant le travail ;

2e accouchement en 1891, à terme, d'une fille, siège, morte pendant le travail ;

3e accouchement à terme, en 1893, d'un garçon se présentant par l'épaule, mort pendant le travail.

4e accouchement à terme en 1895, épaule, fille morte pendant le travail.

Ses dernières règles datent du 10 au 15 août.

La tête, très mobile, est fixée à l'aide de la ceinture eutocique. Début du travail le 10 mai à 9 heures du matin.

A 4 h. 1/2 du soir, la dilatation étant complète, M. Pinard

mesure le bassin et trouve un diamètre promonto-sous-pubien de 9 centim.

Chloroforme ; toilette vulvaire au biiodure et à l'éther.

M. Pinard commence l'incision à 4 heures 50 et la fait un peu basse ; la présence de nombreuses adhérences rend difficile l'introduction du doigt derrière la symphyse. Section terminée à 5 heures.

La température de la femme est de 36°,9, *120 pulsations.*

Écartement près de 7 centim. ; écartement maximum, 7 centim.

Les membranes sont rompues artificiellement et M. Pinard extrait, par la version interne, un enfant de 4,050 gr., qui est promptement ranimé.

Mlle Roze pratique immédiatement la délivrance artificielle qui a lieu à 5 h. 10. Il n'y n'a aucune déchirure de la paroi antérieure du vagin, ni des voies génitales.

Points de suture superficiels et profonds au fil d'argent ; pansement.

On fait 400 gr. de sérum ; pouls à 120.

Le soir du troisième jour, la femme a 39°,5 ; 120 pulsations.

Quatrième jour, matin, 38°,5, 140 pulsations ; soir, 40°,3, 148 pulsations.

Cinquième jour, 38° matin et 144 pulsations ; soir, 40° et 160 pulsations.

Sixième jour, 39°,4 matin et 160 pulsations ; soir, 40°,5 et 160 pulsations,

Le 13 mai (3e jour), on soumet la femme à l'irrigation continue et le 14 mai à 10 heures du matin, M. Bouffe pratique le curettage ; extraction de nombreux débris sans odeur.

La malade tousse et crache beaucoup ; les crachats sont sanguinolents ; on entend dans tout le sommet droit de nombreuses sibilances ; matité à la base, râles crépitants.

Le 15 mai, la malade s'alimente et crache moins ; elle a du délire ; langue sèche, on enlève le tampon et on fait une injection intra-utérine.

Deux garde-robes spontanées, urines normales ; ventouses sèches.

16 mai. Agitation toujours très grande, délire.

On soumet la femme à l'irrigation continue ; une piqûre matin et soir de 30 gr. de sérum A.

Hyperesthésie générale ; on cesse l'irrigation à 4 heures du soir. Morte le 16 mai à 6 heures du soir.

Deux heures après la mort, M. Marmoreck ensemence du liquide provenant de l'utérus ; la plaie symphysienne est réunie par première intention; dans l'espace rétro-symphysien, il y a 10 gr. environ de liquide qui n'a aucune odeur. Autopsie microscopique. Pneumonie lobaire et broncho-pneumonie droite. Œdème et congestion du poumon gauche. Diagnostic bactériologique : pneumonie à pneumocoques.

L'enfant pesait à sa naissance 4,050 gr. Bi-pariétal de 105.

L'enfant pesait à sa sortie 3,950, le 20 mai.

Obs. **1007**. — LXXVII[e] *Symphyséotomie*, pratiquée le 12 juin 1896 (Bouffe de Saint-Blaise).

La nommée Adélaïde C..., 28 ans, secondipare, entre à la Clinique Baudelocque, le 1[er] juin 1896. Ne se rappelle pas quand elle a marché, a toujours bien marché. Réglée à 15 ans, régulièrement.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien, 83.

Premier accouchement à Baudelocque, le 13 mars 1895, à terme. Basiotripsie pratiquée sur enfant mort par M. Pinard, délivrance artificielle.

Cette femme est amenée à la salle de travail le 12 juin 1896, à 10 h. 1/2 du matin. La dilatation est complète, la poche des eaux volumineuse est très tendue, elle arrive presque à la vulve. Craignant qu'elle ne se rompe brusquement, et que le cordon ne soit entraîné, M[lle] Roze rompt les membranes. Le liquide est normal, les bruits du cœur sont bien frappés, la tête qui est défléchie ne descend pas; les contractions sont toujours très énergiques. On prépare tout pour pratiquer la symphyséotomie.

11 h. 30. M. Bouffe constate la dilatation complète ; la suture sagittale tend à s'éloigner de la symphyse, quoique la tête ne s'engage pas : contractions très violentes, chevauchement très considérable des pariétaux.

Minuit 4. Section de la peau et de la symphyse; celle-ci est sectionnée sans difficulté. La tête débordant très peu ne gêne pas l'introduction du doigt dans l'adminiculum ; application de l'écarteur Farabeuf ; écartement forcé de 6 centim., qui paraît être le maximum que l'on puisse avoir sans rupture des tissus. A ce

moment, la femme faisant quelques efforts d'expulsion, la tête tend à s'engager; la suture sagittale s'est rapprochée de la symphyse, la fontanelle antérieure est accessible, mais l'oreille postérieure ne dépasse pas le promontoire.

Application de forceps en D.T. Les violents efforts de la femme réussissent à amener la tête sur le plancher du périnée. Rotation facile. Extraction sans rupture des tissus. La suture de la symphyse est pratiquée avant la délivrance. 3 points profonds, 4 superficiels.

Extraction à minuit 10, d'un enfant du sexe féminin, pesant 2,940 gr. Bi-pariétal, 82 millim.

Minuit 20, délivrance naturelle par légère expression.

Suites de couches normales.

Le 4 juillet, plaie parfaitement cicatrisée. Cette femme se lève et marche bien.

L'enfant pèse à sa sortie 2,880 gr.

OBS. **1342**. — LXXVIII[e] *Symphyséotomie*, pratiquée le 6 août 1896 (BOUFFE DE SAINTE-BLAISE).

La nommée Laurence A..., âgée de 36 ans, multipare, entre à la clinique Baudelocque le 24 juin 1896. Bassin à promontoire accessible.

Cette femme dit avoir marché à 16 mois, toujours bien. Réglée à 16 ans, régulièrement.

1[er] accouchement, 7 mars 1883, à terme, spontanément, présentation du sommet, d'un garçon mort pendant le travail.

2[e] Fausse couche de 5 mois, en 1884.

3[e] Fausse couche de 2 mois, en 1885.

4[e] accouchement, 3 janvier 1886, à terme. Présentation de l'épaule, forceps pratiqué par un médecin de Chevreuse, fille morte au cours du travail.

5[e] Le 4 août 1896, petites douleurs, la poche des eaux s'est rompue spontanément; jusqu'à midi, le col reste long. État stationnaire jusqu'au 5 au soir. Dans la nuit du 5 au 6 le travail marche rapidement. A 7 heures du matin, dilatation presque complète. La suture sagittale est exactement derrière la symphyse pubienne. Température 37°,5. Pouls 110.

8 h. 42. Incision de la peau, des tissus profonds, section de la symphyse. Écartement avec l'écarteur Farabeuf, de 6 centim. et

demi. Forceps en D.T. La femme pousse, le fœtus est expulsé et crie. Poids, 3,110 gr. Bi-pariétal, 96 millim.

Délivrance artificielle immédiate. Suture, 2 fils profonds, 2 superficiels.

Dans l'après-midi, température 38°,6, pouls 140. 10 heures du soir, température 36°,8, pouls 120.

12 août. Phlébite de la jambe droite. Pansement de chlorhydrate et injection de sérum, 20 gr. en deux fois.

Le 13. Injection de sérum. L'œdème de la jambe n'a pas disparu, mais il est moins considérable.

Le 14. Injection de sérum matin et soir.

Le 15. Injection de sérum matin et soir.

A partir du 17 août, on cesse les injections de sérum.

La femme part bien portante le 22 septembre.

L'enfant pèse 4,700 gr.

Obs. 1685. — LXXIXe *Symphyséotomie*, pratiquée le 25 septembre 1896 (Varnier).

La nommée Armandine S..., 36 ans, XIIpare, entre à la Clinique le 15 septembre 1896.

1er accouchement en 1881. Forceps. Sommet. Fille morte au bout de quatre jours.

2e accouchement à terme en 1882. Présentation de l'épaule. Version interne. Fille bien portante.

3e accouchement en 1884. A terme. Sommet. Forceps. Fille morte à 14 mois.

4e accouchement en 1885. Avortement de 6 mois.

5e accouchement en 1886. Prématuré à 7 mois.

6e accouchement en 1887. A terme. Sommet. Forceps. Enfant mort à 6 semaines.

7e accouchement en 1888. A terme. Spontané. Sommet. Garçon mort à 3 mois.

8e accouchement en 1889. Sommet à terme. Spontané. Fille morte.

9e accouchement 1891. Gémellaire à 8 mois, 1er jumeau. Fille vivante morte à 1 mois. 2e jumeau. Garçon vivant. Mort à 20 jours.

10e accouchement en 1894. A terme. Sommet. Garçon mort-né. Forceps sous chloroforme.

11e accouchement en 1895. A terme. Sommet. Forceps sous chloroforme à Lariboisière. Garçon mort-né.

Grossesse actuelle. — D. R..., 16 au 20 décembre. Hauteur de l'utérus, 39 centim. Femme de petite taille, ayant une légère incurvation des fémurs. Bassin vicié. Diamètre P.S.P. 98 millim.

Le 26 septembre à 9 heures du matin, cette femme entre en travail. A 3 heures du soir, la dilatation est presque complète. La suture sagittale est en rapport direct avec l'angle sacro-vertébral. Sommet D.T.

A 8 h. 30 du soir, la dilatation est complète. Rupture artificielle des membranes; le liquide est verdâtre.

Les contractions utérines étant très fréquentes et énergiques, M. Bouffe fait donner du chloroforme à la femme pour éviter une rupture possible de l'utérus.

La symphyséotomie est décidée.

A 9 h. 16 du soir. Incision des téguments.

La section du pubis est faite à 9 h. 18.

Écartement spontané 45 millim. Écartement provoqué 6 centim. et demi.

A 9 h. 27, application de forceps. Le fœtus est extrait à 9 h. 32 par M. Varnier.

A 9 h. 35, M. Bouffe pratique la délivrance artificielle.

Points profonds et superficiel au fil d'argent.

L'enfant naît en état de mort apparente. Ranimé à l'aide de frictions et après désobstruction des voies respiratoires. C'est un garçon du poids de 3,580 grammes. Diamètre bi-pariétal 98.

Suites de couches normales (37°,8 le 5e jour).

La mère allaite son enfant. Poids de l'enfant à la sortie, 3,470 grammes.

La mère et l'enfant quittent le service en très bon état le 18 octobre 1896.

OBS. 1977. — LXXXe *Symphyséotomie,* pratiquée le 13 novembre 1896 (PINARD).

La nommée Marie P..., VIIIpare, âgée de 34 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 9 novembre 1896. Cette femme dit avoir marché à 1 an, puis au bout de quelques mois a cessé complètement de marcher; a recommencé de marcher à 5 ans.

En 1881, première grossesse. Accouchement à terme ; forceps ; enfant mort-né.

En 1882, deuxième grossesse. Accouchement à terme ; siège ; enfant mort-né.

En 1883, troisième grossesse. Accouchement à terme ; sommet ; forceps ; enfant mort.

En 1886, quatrième grossesse. Accouchement à terme ; sommet ; forceps ; enfant mort.

En 1887, cinquième grossesse. Accouchement à terme ; sommet ; forceps ; enfant mort.

En 1889, sixième grossesse. Accouchement provoqué ; 8 mois (Lariboisière). Enfant mort vingt-quatre heures après l'extraction.

En 1891. Accouchement provoqué ; 8 mois (Baudelocque). Ballon. Forceps au détroit supérieur ; enfant nourri au sein de la mère, vivant, bien portant.

Pour la grossesse actuelle, ses dernières règles datent du 20 au 25 février. Présentation du sommet en D.T. Bassin vicié. Diamètre P.S.P. 10,6. Début du travail le 13 novembre à 8 heures du matin ; à 9 heures du soir, dilatation presque complète. On prévient M. Pinard, qui constate que la tête du fœtus est très inclinée (la suture sagittale en contact avec l'angle sacro-vertébral) et décide de pratiquer la symphyséotomie. Anesthésie à 11 h. 30. Section de la peau et de la symphyse à 11 h. 47. Écarteur à vis donne un écartement de 5 centim. Application de forceps en D.A. à 11 h. 50 : écartement avec l'écarteur sensible 3 c. 5 ; pas de tractions exercées ; la tête descend seule dans le petit bassin. A 11 h. 45, extraction du fœtus ; fille du poids de 3,210 grammes en état de mort apparente ; ranimée par désobstruction des voies respiratoires et insufflation.

A minuit, extraction simple du placenta à l'aide d'expression. Injection intra-utérine ; pansement.

Points de suture au fil d'argent ; 4 profonds et 1 superficiel. Opération terminée complètement à minuit 17.

Suites de couches pathologiques. — Abcès de la grande lèvre gauche.

Partie en bon état le 13 décembre 1896. L'enfant pesant 3,590 grammes.

OBS. 1987. — LXXXI[e] *Symphyséotomie*, pratiquée le 15 novembre 1896 (MM. PINARD et BOUFFE).

La nommé Pauline D..., IVpare, âgée de 37 ans, entre à la Clinique Baudelocque, le 3 novembre 1896.

Cette femme ne sait pas à quel âge elle a marché; elle a toujours bien marché.

Première grossesse à 28 ans; accouchement à terme terminé par un forceps sous le chloroforme (St-Louis). Enfant vivant; d'une intelligence peu développée; présentant de l'incontinence d'urine. Deuxième grossesse à 30 ans; accouchement à terme, terminé par un forceps sous le chloroforme (chez elle). Enfant mort 24 heures après l'extraction. Troisième grossesse à 36 ans; avortement de 6 à 7 semaines (chez elle).

Pour la grossesse actuelle, ses dernières règles datent du 2 au 4 février. Présentation du sommet en D.T.

Bassin vicié; promontoire accessible.

Rupture prématurée des membranes le 12 novembre à 2 h. 30 du soir; la femme est amenée à la salle de travail; tête élevée, mobile, tendant à fuir dans la fosse iliaque gauche. Application de la ceinture eutocique.

Température normale.

A 10 h. 30 du soir, début des contractions. A 11 h. 30, au toucher on sent une main; procidence réduite par M[lle] Roze. Travail dure les 13, 14 novembre.

L'état général devient mauvais, la température s'élève à 38°, 38°,8 et 39°.

De 5 à 9 heures du matin, dilatation d'une paume de main, orifice très souple. M. Pinard examine la femme et décide de faire pratiquer la symphyséotomie. Temp. : 38°. Anesthésie 10 h. 15. Section de la peau et de la symphyse commencée à 10 h. 34; terminée à 10 h. 38.

Écartement spontané de 2 centim. Pose de l'écarteur à vis, écartement provoqué de 5 centim. Écarteur sensible, écartement de 4 centim. trois quarts.

A 10 h. 40, application de forceps en transversale par M. Pinard; à 10 h. 42, tractions. Liquide qui s'écoule extrêmement fétide. 10 h. 44, extraction très facile du fœtus. Garçon en état de mort

apparente; ranimé, désobstruction des voies respiratoires. Poids de cet enfant 3,650 gr.

Délivrance artificielle immédiate par Mlle Roze.

Liquide et placenta très fétides. Injection intra-utérine après la délivrance et tamponnement à la gaze iodoformée.

Trois points de suture profonds et 4 superficiels au fil d'argent. Pansement terminé à 11 h. 20.

Suites de couches. — Température du 16 : matin 38°; pouls 108; soir 39°; pouls 120.

16, traitement. Injection de sérum A, 10 gr.; irrigation continue à 5 heures du soir; sérum A 20 gr. à 8 heures du soir.

Température du 17 : matin 39°; pouls 116; soir 39°; pouls 124.

Continuation de l'irrigation continue; à 10 heures du matin, sulfate de quinine 0,25 centigr. Sérum A 20 gr.

Température du 18 : matin 38°; pouls 120; soir 38°; pouls 160.

Parotidite infectieuse du côté droit. A 4 heures du soir, gêne de la respiration, point de côté à gauche. Incision de la parotide par M. Baudron; écoulement purulent. Piqûre de morphine. Dans la journée, curettage par M. Bouffe à 11 h. 30.

Température du 19 : Matin 40°. Mort à 9 h. 20 du matin.

État de l'enfant après la naissance, jusqu'à sa mort. — 16 novembre. Dans la soirée, l'enfant a des convulsions; température : 40°. Injection d'éther. Bain à 28°.

Le 17. Temp. : matin 40°. Bain à 28°; injection d'éther.

— — soir 40° — — —

L'enfant tète toujours assez bien.

Le 18. Temp. : matin 40°. Bain à 28°; injection d'éther.

A partir de trois heures du soir, l'enfant a des convulsions qui deviennent de plus en plus fréquentes ; il cesse de crier et de téter et avale avec peine le lait qu'on lui fait prendre à la cuiller.

Mort le 19 à 9 h. 30 du matin.

Autopsie de la mère. — Septicémie à streptocoques.

Autopsie de l'enfant. — Hépatisation des *poumons* à la base, *foie*, *cœur*, *reins*, *rate :* normaux.

Les coupes du rein et du foie ne présentent aucun microbe. Les phlyctènes qu'on trouve sur la partie antérieure du thorax, montrent à l'examen direct et dans les cultures des streptocoques.

Obs. **2018**. — LXXXIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 20 novembre 1896 (Wallich).

La nommée Suzanne M..., primipare, âgée de 18 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 19 novembre 1896 à 6 heures du matin, venant de l'asile de l'avenue du Maine. Cette femme ne sait pas quand elle a marché, elle a toujours bien marché.

Ses dernières règles datent du 8 au 10 février.

Présentation du sommet en D. T. Bassin vicié.

Diamètre P.S.P. 10.8. — Début de la dilatation à son entrée. A 7 h. 30 du soir, application d'un moyen ballon de Champetier; expulsion du ballon ; procidence du cordon réduite par Mlle Roze. Battements à 140, puis à 100 ; après réduction 120. A 11 h. 55 du soir, introduction d'un second ballon de gros calibre.

M. Wallich, prévenu, pratique la symphyséotomie. — Anesthésie à minuit 20. Extraction du ballon, sans déchirure, à minuit 23. Section de la peau et de la symphyse terminée à 12 heures 35. Écarteur à vis, écartement provoqué de 5 centim. Écarteur sensible donne 4 centim. 5.

A minuit 45, forceps. Tête très élevée. Branche gauche difficile à introduire. Tractions à minuit 47. La tête descend facilement mais est retenue par l'orifice. Pendant l'extraction l'écarteur sensible donne 6 centim. — 1 heure matin, extraction du fœtus ; fille du poids de 3,250, en état de mort apparente, ranimée. — Délivrance spontanée à 1 h. 15. — Le plafond du vagin est effondré ; on perçoit les deux corps caverneux du clitoris et entre eux la vessie. Points de suture au fil d'argent ; 2 profonds et 8 superficiels. — Pansement.

Suites de couches normales.

Il résulte de ces observations :

1° Que l'agrandissement momentané par symphyséotomie a été pratiqué du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896 :

7 fois chez des primipares ;

7 fois chez des multipares ;

2° Que dans les 14 cas, l'enfant présentait la tête au niveau du détroit supérieur ;

3° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

13 fois sur des bassins viciés par le rachitisme ;
1 fois sur un bassin coxo-rachitique (rachitisme et luxation coxo-fémorale) ;

4° Que l'extraction de l'enfant a eu lieu après agrandisse- momentané du bassin :

13 fois à l'aide d'une application de forceps ;
1 fois à l'aide de la version.

Résultat final de ces 14 symphyséotomies :

12 femmes vivantes.	10 enfants vivants.
2 femmes mortes.	4 enfants morts (1).

Mortalité maternelle.

La première femme, morte le 16 mai 1896 (obs. 793, 76e symphyséotomie), était entrée dans le service le 9 mai. Le lendemain le travail se déclarait. Quand je la vis le dimanche 10 mai à 4 heures de l'après-midi, je fus frappé de l'accélération de son pouls (120) et j'en fis l'observation, car chez elle rien d'apparent ni de rationnel ne pouvait expliquer la fréquence de ces pulsations. Le travail avait été rapide et les membranes étaient intactes. La petite difficulté opératoire causée par des adhérences rencontrées à la face postérieure de la symphyse ne produisit aucune complication : il n'y eut ni hémorrhagie ni déchirure. L'écartement des symphyses se fit facilement et jamais je ne fis une version avec plus de facilité. La plaie symphysienne se réunit par première intention. Cependant cette femme mourut six jours après de pneumonie à pneumocoques, ainsi que le démontrèrent l'autopsie et les recherches bactériologiques.

La deuxième femme, morte le 19 novembre 1896 (obs. 1987,

(1) 2 de ces enfants sont morts, l'un le quinzième jour, l'autre le neuvième jour après la naissance, tous deux de broncho-pneumonie.

81e symphyséotomie), était dans le service depuis le 3 novembre (au dortoir).

Le 12 novembre à 2 h. 30 il y eut une rupture prématurée des membranes. Amenée à la salle de travail, on constata en l'examinant qu'il n'y avait pas de début de travail, que la tête était très élevée, mobile et avait une tendance à glisser dans la fosse iliaque gauche. On la fixa à l'aide de la ceinture eutocique.

A 10 h. 30 du soir, apparition des premières contractions utérines douloureuses. A 11 h. 30, on sent par le toucher une main qui fait procidence à travers l'orifice, les membranes rompues. Procidence réduite aussitôt par la sage-femme en chef.

Le 12 et le 13, contractions irrégulières ne produisant que peu de dilatation.

Le 14 dans la soirée la dilatation n'atteignait pas les dimensions d'une pièce de cinq francs. Le liquide amniotique était vert et la température axillaire était de 38°,5 et 39°, le pouls variant de 120 à 130.

Ce ne fut que le 15 à 10 heures du matin que je trouvai l'orifice non pas dilaté, mais assez dilatable pour tenter l'extraction après l'agrandissement du bassin. La température étant à 38° et le pouls à 120.

En raison du mauvais état général de la femme, il fut arrêté que mon chef de clinique pratiquerait la section et l'écartement du bassin et s'occuperait seul de la plaie opératoire ; que je pratiquerais l'extraction de l'enfant et que ma sage-femme en chef pratiquerait la délivrance artificielle. Ce qui fut fait.

La symphyséotomie fut pratiquée de la façon la plus correcte, je n'eus aucune difficulté à extraire l'enfant à l'aide du forceps, il ne se produisit aucune éraillure des parties molles et la délivrance artificielle fut très facile. L'injection intra-utérine, longtemps pratiquée en raison de la fétidité très grande du liquide sortant de l'utérus, ne détermina aucun accident.

Malgré toutes les précautions prises, malgré tous les traitements appliqués cette femme mourut moins de quatre jours après, le 19 novembre à 9 heures du matin. L'autopsie et les recherches bactériologiques démontrèrent que la mort avait été causée par une septicémie généralisée à streptocoques.

Mortalité infantile.

Le premier enfant mort, enfant de la femme L... (obs. 2037, 69e symphyséotomie) semblait n'avoir aucunement souffert pendant le travail. L'extraction fut facile, il se mit à respirer de suite. Allaité par sa mère, il se développait très bien, quand une broncho-pneumonie se déclara le douzième jour et le quinzième jour cet enfant succombait. L'autopsie démontra l'existence d'une broncho-pneumonie sans autre lésion.

Le deuxième enfant, enfant de la femme M... (obs. 83, 70e symphyséotomie), avait subi avant son entrée dans le service cinq applications de forceps et la symphyséotomie ne fut pratiquée que lorsque l'auscultation, longtemps pratiquée, eut démontré la régularité des pulsations fœtales. Mais bien qu'après l'agrandissement du bassin, l'extraction fut facile, l'enfant ne fit qu'une seule inspiration et le cœur ne tarda pas à s'arrêter malgré tous les moyens employés.

L'autopsie du corps a été négative. La tête est en préparation et l'examen du crâne n'a pas encore été fait.

Le troisième enfant, enfant de la femme L... (obs. 124, 71e symphyséotomie), ne paraissait pas avoir souffert ni pendant le travail ni pendant l'extraction. Il se mit de suite à respirer et se développait régulièrement quand une broncho-pneumonie se déclara et l'enleva le neuvième jour.

L'autopsie démontra l'existence d'une broncho-pneumonie.

Le quatrième enfant, enfant de la femme D... (obs. 1987, 81e symphyséotomie), avait beaucoup souffert pendant le travail qui dura quatre jours. L'enfant était infecté, au moment

de l'extraction, la peau était couverte d'un enduit jaunâtre horriblement fétide. Les voies respiratoires étant désobstruées (car un bouchon gélatineux et d'odeur infecte fut aspiré de la trachée) la respiration s'établit régulièrement. Mais le lendemain, l'enfant avait de l'hyperthermie et il succombait le quatrième jour.

L'autopsie fit constater une hépatisation des poumons à la base et l'existence de nombreux streptocoques dans les pustules et les phlycténes disséminées sur le corps. Le crâne ne présente aucune lésion.

Cet exposé fait, je dois rechercher :

1° *Quels accidents et complications se sont produits chez nos opérées soit au moment de l'opération, soit depuis?*

2° *Quelle est à l'heure actuelle l'état de nos opérées?*

3° *Ce que nous a enseigné cette cinquième année d'apprentissage?*

La lecture du résumé des quatorze observations fournit la réponse à la première question. Aucune difficulté opératoire n'a été rencontrée. Dans un seul cas, sur la femme opérée par moi le 10 mai (obs. 793, 76e symphyséotomie) j'ai éprouvé quelques difficultés à passer derrière la symphyse en raison de l'adhérence des tissus, adhérence causée certainement par les traumatismes des accouchements antérieurs. Mais cette difficulté a été facilement vaincue.

Aucune hémorrhagie sérieuse n'a été observée.

Donc, en résumé dans tous les cas, opération facile et exempte de tout accident ou de toute complication, en tant que section de la symphyse et agrandissement momentané du bassin.

Je dois ajouter que si notre manuel opératoire est resté le même, nous avons employé après la section de la symphyse pour agrandir le bassin, un nouvel instrument : l'*Ecarteur du professeur Farabeuf*. Cet instrument très simple permet d'écarter les surfaces sectionnées de la symphyse avec facilité, avec sûreté, et avec une précision absolue. Je ne saurais trop en recommander l'emploi.

Pendant l'extraction de l'enfant nous avons vu se produire, chez des primipares, quelques petites déchirures de la paroi antérieure du vagin, et cela malgré la dilatation préalable du vagin et de la vulve à l'aide du ballon Champetier de Ribes. Ces petites déchirures n'ont eu aucune conséquence fâcheuse et ont toutes guéri par première intention. Dans un seul cas (obs. 2018) la vessie elle-même fut intéressée ; les parties molles faisaient défaut et le vagin et la vulve étaient d'une étroitesse extrême. Cette femme, qui est restée nourrice dans le service, devra subir une opération réparatrice.

Enfin chez une de nos opérées, la dernière (obs. 2081), un abcès de la grande lèvre gauche se produisit pendant les suites de couches et dut être incisé le 19e jour (1).

Tel est le bilan des accidents et complications observés soit au moment de l'accouchement, soit après, dans les quatorze cas d'agrandissement du bassin.

2° *Quel est à l'heure actuelle l'état de santé de nos opérées ?*

J'ai pu vous les montrer presque toutes aujourd'hui et vous avez pu constater que chez elles, comme chez toutes les autres anciennement opérées, la consolidation du bassin ne laisse absolument rien à désirer. Toutes ont pu reprendre leurs occupations ; quelques-unes exercent un métier très fatigant ; il y a deux infirmières que vous voyez tous les jours dans le service, l'une opérée depuis quatre ans, l'autre depuis un an et toutes deux remplissent leurs pénibles fonctions sans plus de fatigue que leurs collègues. Je puis répéter avec plus de preuves encore à l'appui de mon assertion, ce que je disais l'année dernière. Au point de vue de la solidité du bassin, lors de grossesses ultérieures, et au point de vue de la consolidation après une 2e symphyséotomie, ce que j'ai observé chez *douze* de nos femmes me permet de dire que la question est jugée ; il n'y a rien à redouter. La solidité du bassin n'est nullement compromise par les grossesses ulté-

(1) Cette femme a quitté le service parfaitement guérie le 23 décembre.

rieures ou des symphyséotomies répétées. De toutes nos opérées, quatre seulement ont présenté des troubles fonctionnels de l'appareil urinaire, deux par suite des lésions de l'urèthre ou de la vessie (obs. 26, n° 1656 en 1893, et obs. 2018 en 1896) et deux sans lésion apparente de l'urèthre ou de la vessie ont présenté de l'incontinence d'urine (obs. 19, n° 410 en 1893 et obs. 68 n° 1887 en 1895). L'une de ces femmes (obs. 89) venue depuis est radicalement guérie, l'autre présente encore un léger degré d'incontinence au moment des efforts et cela d'une façon intermittente.

3° *Que nous a enseigné cette quatrième année d'apprentissage?*

Elle nous a confirmé dans cette idée à savoir, que l'intervention a d'autant plus de chances d'être suivie de succès complet qu'elle est pratiquée chez une femme dont la période de dilatation a été rapide.

Il suffit de lire nos observations pour se convaincre que ce ne sont pas les femmes chez lesquelles ont été produites des lésions des parties molles qui ont présenté des suites de couches pathologiques, mais bien celles qui, multipares ou primipares, présentaient de l'élévation de température par suite de la longueur du travail au moment de l'intervention.

Et je me repens amèrement aujourd'hui de n'avoir pas hâté la dilatation chez la femme opérée le 15 novembre qui resta 4 jours en travail et qui présentait de l'hyperthermie depuis deux jours avant l'opération. Il y avait eu procidence d'un bras, et je craignais, en introduisant un ballon, de déplacer la tête et de comprimer le cordon. Cette crainte de causer la mort de l'enfant a vraisemblablement entraîné la mort de la mère.

Aussi aujourd'hui, je pense que chez une femme justiciable de la symphyséotomie et dont l'utérus serait infecté, il serait peut-être préférable de pratiquer la gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale plutôt que l'agrandissement momentané du bassin. L'avenir dira si en pensant ainsi je suis dans le vrai.

Vous le voyez, chaque année, je dirais volontiers chaque intervention, nous apprend quelque chose, et c'est en enregistrant, comme nous essayons de le faire, les détails de chaque observation, que nous posséderons avant longtemps, je crois, les matériaux nécessaires pour formuler d'une façon suffisante sinon précise les indications et les contre indications de cette belle opération. Car son bilan comporte autre chose que ce que je viens de vous exposer. Directement ou indirectement son influence s'est fait sentir chez nombre de femmes à bassin retréci qui sont venues accoucher dans le service.

Et avant de vous donner le tableau de tous les retrécissements du bassin, permettez-moi de vous soumettre une remarque.

Cette année encore cinq femmes symphyséotomisées antérieurement sont venues accoucher dans le service, et l'accouchement a eu lieu cette fois spontanément. Or en considérant le poids des enfants et les diamètres de l'extrémité céphalique, je suis disposé à admettre que l'agrandissement momentané du bassin n'est peut-être pas absolument momentané. Je ne puis aujourd'hui que signaler le fait, me réservant d'y revenir plus tard.

Cela dit, voici le tableau de tous les rétrécissements du bassin reconnus du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896, qui nous donne le résumé ci-dessous :

Rétrécissements

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares* ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS
								DÉCEMBRE
1	1948	*Déc.*	10	1er accouch. Basiotripsie. Enfant 3850.	10 h. 1/2	»	»	»
2	1962	Id.	12	»	»	»	40 h.	»
3	1971	Id.	13	»	»	»	»	Forceps 30 [illegible]
4	1986	Id.	16	2 acc. spont. à terme. 1 prématuré.	16 h. 1/2	»	»	»
5	2006	Id.	18	2 avortem. 2 accouch. spont. à terme.	4 h. 10	»	»	»
6	2037	Id.	24	»	»	»	»	*Symph.* Forceps.
7	2064	Id.	29	1 acc. à terme. Enf. mort à 2 jours.	26 h.	»	»	»
8	2069	Id.	30	»	»	»	»	Forceps 25
								ANNÉE
1	22	*Janv.*	5	1 accouch. gémellaire spontané.	9 h.	»	»	»
2	31	Id.	6	»	»	»	11 h. 1/2	»
3	83	Id.	14	»	»	»	»	Symph. forceps
4	87	Id.	15	»	»	»	»	Forceps.
5	92	Id.	16	»	»	»	22 h.	»
6	121	Id.	22	»	»	»	»	Césarienne. Amputation utéro-ovarique.
7	124	Id.	22	1 acc. provoqué forceps. Enf. mort fracture du crâne.	»	»	»	Symph. forceps
8	125	Id.	22	1 acc. spont. Enf. vivant.	10 h.	»	»	»
9	127	Id.	23	»	»	»	»	Forc[illegible]
10	132	Id.	23	2 acc. spont. sommet. 1 Épaule, version. 3 enfants vivants.	25 h. 35	»	»	»
11	150	Id.	28	1er acc. spont. som. Enf. viv. 2e acc. siège enf. viv. 3e acc. épaule. Enf. mort; 4e siège. Enfant mort.	»	»	»	Basiotripsie [illegible] enfant mort
12	164	Id.	28	»	»	»	25 h. 45	»
13	215	*Févr.*	9	»	»	»	6 h. 55	»
14	230	Id.	11	»	»	»	11 h.	»
15	253	Id.	13	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	10 h. 50	»	»	»
16	281	Id.	19	»	»	»	59 h.	»
17	295	Id.	21	1 accouch. prématuré à 6 mois.	»	»	»	»

lu Bassin.

DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
10.5	8.6	2390	2250	Bon	Bon	18 déc. 1895.	G.	F. du dehors. Acc. avant terme. Hémorrhagie sous-choriale.
10.8	9.2	2900	3200	Id.	Id.	21 »	G.	F. du dortoir (entrée le 23 novembre).
»	9.4	3150	3320	Id.	Id.	23 »	G.	F. du dehors.
10.3	8.7	1980	1950	Id.	Id.	26 »	F.	Utérus cordiforme. Acc. 8e mois. F. du dehors.
10.8	9.2	3030	3400	Id.	Id.	28 »	F.	F. du dortoir.
10.3	9.2	3070	»	Id.	Mort	1 fév. 1896.	F.	F. du dehors. (Enf. mort 15 jours de br.-pneumon.
10.3	9.5	3760	3980	Id.	Bon	7 janv. id.	G.	Femme envoyée de l'Hôtel-Dieu.
»	10	3950	»	Id.	Mort	23 janv. id.	G.	F. du dortoir.
10.8	9.5	3550	3740	B.p.	Viv.	14 janvier.	G.	F. du dehors.
9	8.7	2800	2950	Id.	Id.	Id.	F.	F. du dehors.
10.8	9.3	3680	»	Id.	Mort.	»	G.	F. du dehors, 5 appl. de forceps en ville.
11	9.7	2900	2800	Id.	Viv.	28 janvier.	G.	F. du dehors.
10.5	»	2500	»	Id.	Mort.	»	G.	F. du dortoir. Enf. macéré syphilitique.
10.3	10.1	3650	4760	Id.	Viv.	28 mars..	G.	F. du dortoir entrée le 18 janvier.
»	10	3480	3280	Id.	Id.	27 février.	G.	F. du dortoir entrée le 8 janvier.
»	8.9	3080	3160	Id.	Id.	31 janvier.	F.	F. du dehors.
10.8	9.4	2940	3190	Id.	Id.	3 février.	G.	F. du dortoir entrée le 22 septembre 1895.
10.8	9.8	3370	3290	Id.	Id.	2 février.	F.	F. du dehors.
prom. bas. 10.8	»	3300 sans subst. céréb.	»	Id.	Mort.	»	G.	F. du dehors ayant subi 2 appl. de forceps infructueuses.
10.8	9.5	2960	3080	Id.	Viv.	14 février.	G.	F. du dortoir.
angle access.	9.7	3350	3530	Id.	Id.	18 février.	F.	F. du dortoir depuis 6 semaines.
Id.	9.5	3990	4050	Id.	Id.	22 février.	G.	F. du dehors.
11	9.5	3220	3220	Id.	Id.	21 février.	F.	F. du dehors.
11	9	3000	3070	Id.	Id.	28 février.	F.	F. du dehors.
8	»	»	»	Id.	Mort.	»	»	Enfant macéré de 4 mois.

N° d'ordre	N° des observations	Mois	Jour	Multipares — Accouchements antérieurs	Multipares — Accouchements spontanés	Multipares — Accouchements artificiels	Primipare[s] — Accouchements spontanés	Primipare[s] — Acco[uchements] artif[iciels]
18	298	Id.	22	»	»	»	24 h.	
19	299	*Fév.*	22	1er accouch. spont. à 8 mois. Enfant vivant.	14 h. 35	»	»	
20	301	Id.	24	8 accouch. spont. à terme. Enf. vivant.	4 h. 15	»	»	
21	318	Id.	25	»	»	»	27 h. 50	*Symp*
22	326	Id.	25	»	»	»	47 h.	basiotri[psie] enf.
23	361	*Mars*	2	»	»	»	72 h.	*Sym* For[ceps]
24	369	Id.	3	»	»	»	18 h.	
25	392	Id.	9	2 acc. 2 Forceps. 1er Enfant vivant ; 2e mort pendant le trav.	7 h.	»	»	Forc
26	424	Id.	13	»	»	»	7 h. 50	
27	428	Id.	14	2 acc. spont. à terme. 2 Enf. vivants. 1 acc. 1894 (Charité). Forceps, mort de convulsions 8 jours après.	12 h. 30	»	»	
28	438	Id.	14	1er acc. 6 mois, 2e spont. à terme. 3e acc. à 8 mois. Enf. mort à 15 j. 4e acc. provoqué à 7 mois (Maternité) en juin 1894. Sommet, garçon. Mort au bout de 24 h.	12 h. 35	»	»	
29	494	Id	23	1 acc. spont. Enf. vivant.	6 h. 50	»	»	
30	505	Id.	25	»	»	»	4 h. 55	
31	510	Id.	26	»	»	»	46 h. 30	*Sym* Forc
32	533	Id.	29	4 acc. spont. à terme. Enf. vivants.	4 h. 10	»	»	
33	546	*Avril*	1	»	»	»	13 h. 55	
34	557	Id.	3	1er accouchement spontané à terme.	2 h.	»	»	
35	580	Id.	7	»	»	»	4 h. 30	
36	601	Id.		1er acc. sp. à terme, 2e acc. à terme, forceps.	10 h. 40	»	»	
37	611	Id.	10	1er accouchement spontané à terme.	7 h.	»	»	
38	628	Id.	14	»	»	»	10 h. 45	
39	652	Id.	17	»	»	»	33 h. 25	Basio enf.
40	656	Id.	18	»	»	»	17 h. 50	
41	658	Id.	19	»	»	»	41 h. 25	For
42	695	Id.	24	4 acc. sp. à terme. Enfants morts.	11 h.	»	»	

[illegible]	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
…ique	10.6	9.2	3170	3050	B. p.	Viv.	5 mars..	G.	F. du dortoir scolio-cyphotique.
…aplati.	10.6	10.5	3300	3600	Id.	Viv.	2 mars..	G.	F. du dehors.
Id.	10	8.7	2920	3180	Id.	Id.	3 mars..	G.	F. du dehors.
Id.	»	9.7	3960	4210	Id.	Id.	31 mars..	G.	F. du dehors.
… ova-…	»	»	3430 sans subst. céréb.	»	Id.	Mort.	»	F.	F. du dortoir.
…aplati.	10.3	9	2945	2920	Id.	Viv.	5 mars..	G.	F. du dehors.
…	10.7	9.5	3890	3560	Id.	Id.	14 mars..	G.	F. du dortoir.
…symétr.	9.8	8.5	2430	2580	Id.	Id.	19 mars..	G.	»
…Luxa- …génitale	9.5	9.5	2650	2960	Id.	Id.	22 mars..	F.	F. du dortoir.
…aplati.	angl. acc.	9.8	3850	4200	Id.	Id.	22 mars..	F.	F. du dehors.
Id.	10	8.7	2550	2600	Id.	Id.	22 mars..	G.	F. du dortoir.
Id.	angl. acc.	9	3280	4120	Id.	Id.	15 avril...	F.	»
Id.	10.8	9	2930	3300	Id.	Id.	8 avril...	F.	»
Id.	»	9.6	3200	3800	Id.	Id.	17 avril...		Tentatives de forceps en ville
Id.	10. 2	10.1	3820	3640	Id.	Id.	6 avril..		F. du dehors.
…oval.	10.2	9	2780	2600	Id.	Id.	10 avril..	F.	F. du dortoir.
…-me	10.9	9.6	3700	3670	Id.	Id.	11 avril..	G.	F. du dortoir.
Id.	10.7	9.2	2980	2830	Id.	Id.	12 avril..	F.	F. du dortoir.
Id.	10.8	9.8	3150	3420	Id.	Id.	18 avril..	G.	F. du dortoir.
…cyph	?	9	3200	3270	Id.	Id.	25 avril..	F.	F. du dortoir depuis 6 j. F. présentant de petits fibromes du fond de l'utérus et une éventration considérable.
…tique	?	9	2930	3170	Id.	Id.	23 avril..	F.	F. du dehors.
…ique	10.5	?	3150	»	Id.	Mort-né.	28 avril..	F.	Procidence du cordon. Enf. mort pendant le travail.
…bl.	?	?	3480	»	Id.	Id.	28 avril..	G.	F. du dehors.
…tique	10.6	9.2	3470	»	Id.	Mort. le 22 avril.	9 juillet.	G.	Fœtus présentant de l'ascite.
Id.	10.7	?	2800	»	Id.	Macéré.	8 mai...	F.	F. du dehors présentant de l'hydramnios.

N° d'ordre	N° des observations	Mois	Jour	Multipares			Primipar[es]	
				Accouchements antérieurs	Accouchements spontanés	Accouchements artificiels	Accouchements spontanés	Ac[couchements] artificiels
43	723	*Avril*	28	1[er] acc. Basiotripsie. 2[e] acc. siège à terme. Le 2[e] enf. mort à 4 mois.	17 h.	»	»	
44	732	Id.	30	»	»	»	7 h.	
45	750	*Mai*	3	»	»	»	10 h.	Symph[y…]
46	782	Id.	8	»	»	»	11 h. 30	»
47	786	Id.	9	»	»	»	38 h. 45	Po[…]
48	796	*Mai*	10	4 enf. à terme prés. autres que le sommet. tous morts pend. le trav.	»	Version par manœuv. inter.	»	Sympl[…]
49	859	Id.	20	2 acc. spont., enf. viv., 1 prém. à 7 mois enf. mort.	8 h. 50	»	»	»
50	886	Id.	25	1 acc. symph. Enf. viv. n° 1322 de 1893.	5 h.	»	»	»
51	912	Id.	29	»	»	»	8 h.	»
52	960	*Juin*	5	»	»	»	7 h. 50	»
53	973	Id.	7	1 acc. forceps. Enf. mort. 2 avort. 3 acc. spont. Enf. vivant.	4 h.	»	»	»
54	1007	Id.	13	Basiotripsie sur enfant mort.	»	»	?	Symphys[…]
55	1109	Id.	29	»	»	»	13 h. 25	»
56	1131	*Juill.*	4	1 acc. à terme. Enfant vivant.....	8 h. 30	»	»	»
57	1179	Id.	9	3 acc. spont. à terme. 2 forceps à terme. Tous les enf. vivants.	11 h. 30	»	»	»
58	1182	Id.	9	1 acc. prémat. Enfant vivant. 2 acc. à terme. Enfant mort pendant le travail.	5 h. 40	»	»	»
59	1232	Id.	17	1 enfant à terme. *Symphyséot.* n° 343 de 1894.	34 h.	»	»	»
60	1292	Id.	29	3 acc. à terme sommet. 1 acc. prem. spont. Enfants vivants.	15 h.	»	»	»
61	1342	*Août.*	6	1 acc. spont. à terme. Enfant mort pendant le travail. 1 forcep. 2 avortements.	»	»	?	*Sym[…]*
62	1370	Id.	10	1 acc. spont. à terme, sommet....	14 h. 25	»	»	»
63	1375	Id.	12	2 acc. spont. à terme, sommet. Enfants vivants.	14 h. 30	»	»	»
64	1376	Id.	12	1 acc. spont. à terme, 1 forceps. 2 enfants vivants.	8 h. 20	Forceps. (rue d'Assas).	»	»
65	1415	Id.	18	»	»	»	44 h. 40	»
66	1423	Id.	19	»	»	»	21 h. 40	»
67	1528	*Sept.*	4	»	»	»	8 h. 5	»
68	1579	Id.	12	3 acc. à terme. Enfants vivants.	?	»	»	»
69	1600	Id.	16	1 acc. siège. Enf. mort après sa naissance. 2 acc. siège. Enf. mort pendant l'accouchement.	5 h. 35	»	»	»
70	1603	Id.	16	»	»	»	?	»
71	1626	Id.	19	1 acc. avant terme. Enf. mort.....	11 h. 60	»	»	»
72	1653	Id.	23	3 acc. prém. 1 avortement. 4 enf. morts à terme. Intervention sous le chloroforme.	8 h. 40	»	»	»

[illegible]	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	ÉTAT A LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
...tique	10.5	9.7	3150	3100	B.P.	Vivant.	4 mai...	F.	F. du dehors.
...rembl.	?	9.2	2900	3050	Id.	Id.	11 mai...	F.	F. du dehors.
...vag. ...tale.	10.2	10.1	3500	4700	Id.	Id.	20 juin...	G.	F. du dortoir.
	10	8.4	3150	3340	Id.	Id.	18 mai...	F.	F. du dortoir depuis 2 jours.
...tique	8	9.5	2950	4300	Id.	Id.	Id.	G.	F. du dehors.
...h tiq.	9	10.5	4050	?	Mort.	Id.	»	»	?
»	10.5	8.5	2610	2550	B. p.	Id.	27 mai	F.	F. du dortoir.
...phose	»	8.4	2600	2870	Id.	Id.	3 juin	F.	F. du dehors.
...chitiq.	10.1	9	3000	2920	Id.	Id.	5 juin.	F.	F. du dortoir.
...itiq.	10.6	10.2	3050	3450	Id.	Id.	18 juin.	G.	F. du dortoir.
[illegible]	9.8	8.3	2710	2660	Id.	Id.	16 juin.	F.	?
[illegible]	8.3	8.2	2940	2880	Id.	Id.	4 juillet.	F.	F. du dortoir.
...?	10.5	8.3	3050	3050	Id.	Id.	8 juillet.	F.	F. du dehors.
•	10	8.7	3740	3410	Id.	Id.	11 juillet.	F.	F. du dehors. Utérus bicorne.
...alt.	10.5	9.6	3200	3300	Id.	Id.	19 juillet.	G.	F. du dehors.
...ile ...me	»	9	2510	2670	Id.	Id.	18 juillet.	F.	F. tuberculeuse. F. du dehors.
...que.	10.2	8.8	2980	2900	Id.	Id.	26 juillet.	F.	F. du dehors.
[illegible]	10	9.4	3578	3620	Id.	Id.	8 août..	G.	F. du dehors.
[illegible]	9.9	9.6	3110	4700	Id.	Id.	22 sept..	G.	F. du dortoir.
...me.	10.7	9.1	2490	2790	Id.	Id.	21 août..	F.	F. du dehors.
...male.	?	10	3900	3980	Id.	Id.	21 août..	G.	F. du dehors.
...que.	10.3	9.7	3800	3380	Id.	Id.	21 août..	G.	F. du dehors. Procidence du cordon et d'un bras.
...alt.	10.7	8.6	3620	3370	Id.	Id.	26 août..	F.	F. du dehors.
...vag.	10	9.9	3570	3350	Id.	Id.	29 août..	G.	F. du dehors.
[illegible]	»	9.2	3250	3070	Id.	Id.	14 sept.	G.	F. du dortoir.
...tale	10	9.2	2770	2850	Id.	Id.	22 sept.	F.	F. du dehors.
...tiq	11.3 ?	8.6	2880	2890	Id.	Id.	26 sept.	F.	F. du dortoir.
[illegible]	10.3	9.3	3300	3290	Id.	Id.	26 sept.	G.	F. du dortoir.
...at	Bi-ischiat 7.2	Enf. macéré	»	»	Id.	»	29 sept.	»	F. du dortoir.
... acci-...e	?	?	1200	990	Id.	mis aux débiles	1er octob.	G.	F. du dehors.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares*			*Primipares*	
				ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOU[CHE]MEN[TS] ARTIFI[CIELS]
73	1685	*Sept.*	27	4 acc. à terme, forceps. 3 acc. spont. à terme. 3 acc. prém. 1 version. Tous les enfants sont morts sauf le dernier (version).	24 h. 32	*Symphys.*	»	»
74	1687	Id.	28	1 acc. forceps. Enf. mort pendant l'extraction.	18 h. 45	»	»	»
75	1720	*Octob.*	3	»	»	»	8 h. 20	»
76	1726	Id.	4	3 acc. spont. et à terme. Enf. viv. à la naissance.	4 h.	»	»	»
77	1792	Id.	14	2 acc. spont. ; 3 acc. symphyséot. n° 378 de 1894.	3 h. 10	»	»	»
78	1809	*Oct.*	16	»	»	»	27 h. 40	Forc
79	1867	Id.	25	1 acc. à terme. 2e acc. Ballon. 3e acc. à terme. 4e acc. siège. 2 enf. viv.	?	»	»	»
80	1980	*Nov.*	14	1 *acc. Symphys.* en 1893. Obs. 722. 2e avortement.	»	»	»	Embry sur enf.
81	1977	Id.	13	4 acc. à terme. Forceps. 1 acc. à terme. Siège, tous enf. morts. 2 acc. provoqués. 1 seul enf. viv.	15 h. 54	5 Forceps antérieurs.	»	*Symp*
82	1987	Id.	15	1 acc. à terme. Sommet. Forceps (Saint-Louis), sous chloroforme. 2e acc. à terme. Forceps mort pendant l'extraction. 3e avort. de 3 mois.	?	2 Forceps	»	*Symp*
83	2018	Id.	16	»	»	»	?	*Symp*
84	2048	Id.	25	1 acc. prémat. à 7 mois. Hydropisie de l'amnios. Enf. mort après 16 h. 1600 gr.	9 h. 30	»	»	»
85	2065	Id.	28	»	»	»	?	»
86	2067	Id.	28	1 acc. spont. à terme. Sommet. Enf. viv. 2e avort. de 4 mois.	?	»	»	Versisn
87	2081	Id.	28	2 acc. spont. à terme. Enf. viv. 3e *Symphyséot.* à Baudelocque, 1893, n° 160. 4e acc. spont. à terme dans le service.	6 h.	Symphyséotom en 1893 (n° 160).	»	»

[illegible]	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	ÉTAT A LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
[illegible]	9.8	9.8	3440	3470	B. p.	Viv.	18 octob.	G.	F. du dortoir.
[illegible] plati	10	8.3	3600	3750	Id.	Id.	7 octob.	F.	F. du dehors.
[illegible]	10.2	8.4	2500	2500	Id.	Id.	1er octob.	F.	*Id.*
[illegible]	10.8	9.5	3500	3570	Id.	Id.	16 octob.	G.	F. du dortoir.
[illegible]	9.2	9	2725	2730	Id.	Id.	22 octob.	G.	F. du dehors.
[illegible]	9.9	9.5	2800	2460	Id.	Viv.	24 oct.	G.	F. du dehors.
[illegible]	10.3	9	3085	3150	Id.	id.	8 nov.	F.	F. du dehors.
[illegible]	»	»	1050	»	Id.	Mort	25 nov.	G.	F. du dehors.
[illegible]	10.6	8.2	3210	3590	Id.	Viv.	13 déc.	F.	F. du dortoir.
[illegible]	Angle acces.	9.8	3650	»	Morte	Mort	»	G.	F. du dortoir.
[illegible]	10.8	11	3250	3800	B. p.	Viv.	nourrice	F.	F. du dehors.
[illegible]	Normal	»	3050	3000	Id.	Viv.	6 déc	G.	F. du dehors.
[illegible]	10.2	9.2	2900	3030	Id.	Id.	6 déc.	F.	F. envoyée de la Pitié.
[illegible]	Angle acces.	9.7	3620	3730	Id.	Id.	11 déc.	G.	F. du dehors.
[illegible]	9.9	10	3410	3490	Id.	Id.	23 déc.	G.	F. du dortoir.

Nombre total des rétrécissements du bassin, du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896.

Femmes..... 95 { Femmes sorties bien portantes .. 93
Femmes mortes................. 2

95

Enfants vivants...... 82.

Morts .... 13 {
4 macérés.
4 nés vivants et morts quelques jours après la maissance.
5 morts avant ou pendant le travail.

Accouchements spontanés..... 68 = 4 enfants morts

Accouchements artificiels. 27 {
14 symphyséotomies.
10 enfants sont vivants, 4 morts.
2 opérations césariennes suivies de l'amputation utéro-ovarique.
2 enfants vivants.
1 version.
1 enfant vivant.
6 applications de forceps.
5 enfants vivants, 1 mort.
3 basiotripsies sur enfants morts.
1 embryotomie sur enfant mort.

UNE ENDÉMIE
DE PARALYSIES RADICULAIRES OBSTÉTRICALES

Par le Dr **Yves Guillemot.**

L'idée de ce travail m'a été inspirée par M. le Dr Prouff, de Morlaix. Ayant eu l'occasion d'observer de nombreux cas de paralysies radiculaires du membre supérieur, ce distingué confrère avait facilement pu se convaincre qu'elles étaient obstétricales et, fait remarquable, survenues chez des nouveau-nés, tous extraits par les pieds et *par la même sage-femme.*

Le nombre des paralysés s'élève au moins à une trentaine. J'ai pu en retrouver 12 dont voici, sans commentaires, les observations :

Observation I.

François L..., 23 ans, a eu 6 frères et sœurs, tous morts. Père mort, la mère vit ; elle a les pieds bots en varus équin.

Les deux omoplates, très éloignées de la colonne vertébrale, ont leurs bords spinaux obliques en bas et en dehors. La droite est la plus élevée. Le malade ne peut ni les rapprocher ni les abaisser ; il les élève bien. Au repos, les deux bras sont écartés du tronc, dans la position où ils se trouvent quand il y a luxation de l'humérus en dedans (fig. 1 et 2).

Membre thoracique droit. — L'articulation scapulo-humérale droite est ankylosée, et les mouvements d'élévation presque jusqu'à l'horizontale, de projection en avant que le membre exécute, sont dus à l'omoplate. La projection du bras en arrière ne se fait pas. Les muscles trapèze inférieur, rhomboïde, deltoïde, sus-épineux, sous-épineux, grand dorsal sont atrophiés.

L'humérus est en rotation en dedans ; pas de rotation en dehors.

L'extension de l'avant-bras est impossible ; à la région postérieure, directement sous la peau, on sent l'humérus ; le triceps n'existe plus. La flexion se fait avec force.

L'articulation du coude présente des lésions graves. Le radius

est luxé en avant, le cubitus en dedans. Ces lésions seraient survenues à la suite d'une chute que le malade aurait faite à l'âge de 3 ans, chute qui aurait amené une luxation des deux coudes. La flexion et l'extension sont très limitées. L'extension provoquée au coude ne dépasse pas l'angle droit. Tous les muscles de l'avant-bras sont atrophiés. A la main les éminences thénar et hypothénar sont très réduites. Tous les doigts sont



Fig. 1.



Fig. 2.

fléchis dans la main, excepté le petit. Le pouce et le médius, très rétractés, sont inextensibles. Sur le bord interne de l'avant-bras, depuis les deux derniers doigts jusqu'au coude, la sensibilité est très émoussée. Analgésie moins étendue, dans la même région.

Hémiatrophie faciale légère, narine de ce côté plus effilée. Fente palpébrale rétrécie, myosis.

Au *membre thoracique gauche*, ankylose partielle de l'articulation scapulo-humérale, luxation du coude comme au bras droit. Bras en rotation en dedans; rotation en dehors impossible.

Au coude, flexion assez étendue, pas d'extension. Au poignet la flexion et l'extension se font bien.

Les 4 derniers doigts de la main se fléchissent normalement. Le pouce est rétracté en dedans; la première phalange se luxe à angle droit en arrière.

Les muscles sus et sous-épineux, deltoïde, triceps sont atrophiés ainsi que le long supinateur, les muscles des éminences thénar et hypothénar. Les extenseurs des doigts ont diminué de volume.

Le malade écrit avec ses deux mains; il saisit l'extrémité du porte-plume entre le pouce et l'index de la main droite entre l'index et le médius de la main gauche. Il ne peut s'habiller.

Observation II.

Pierre B..., 18 ans, a six sœurs plus âgées que lui, toutes bien constituées, les parents sont bien portants.

L'accouchement a eu lieu par le siège, la paralysie a été constatée trois jours après la naissance.

L'omoplate droite est plus éloignée de la colonne vertébrale et peu abaissée. La colonne vertébrale présente dans la région cervicale une scoliose convexe à gauche; les mouvements d'élévation et d'adduction de l'omoplate se font bien, l'abaissement est un peu limité (fig. 3 et 4).

Le bras droit est écarté du tronc à 45° en rotation en dedans. L'avant-bras est à angle droit sur le bras et en supination forcée. La rotation en dedans est très énergique; pas de rotation en dehors. Le muscle sous-scapulaire est bien conservé; pas de sus et de sous-épineux.

Le malade élève les bras au-dessus de l'horizontale. Le deltoïde est assez bien conservé, de même les fléchisseurs de l'avant-bras. Pas de traces de triceps. Le grand dorsal, le grand pectoral sont à moitié atrophiés.

Au coude, luxation du radius en avant.

La flexion du poignet est assez énergique; les fléchisseurs sont conservés. Pas d'extenseurs.

Les éminences thénar et hypothénar ont un volume à peu près normal. La face palmaire tournée en dehors est en supination. Le malade fléchit les doigts et le poignet qui est en quart de flexion. Ongles écailleux.

Dans son ensemble, le bras ressemble à celui d'un enfant de dix ans.

La sensibilité est conservée.

Le bras gauche pend inerte le long du corps en rotation en dedans. L'avant-bras est légèrement fléchi ainsi que le poignet. La tête de l'humérus a été fracturée, car nous trouvons un cal au niveau de l'extrémité supérieure. Plus de deltoïde, le grand pectoral est assez bien conservé, le grand dorsal beaucoup moins.



Fig. 3.



Fig. 4.

Pas de traces de sus et de sous-épineux. Rotation très forte en dehors ; le sous-scapulaire est normal. Fléchisseurs de l'avant-bras détruits. Triceps réduit au quart.

Avant-bras en pronation forcée. Face palmaire tournée en avant et en arrière. — Poignet demi-fléchi. Extenseurs de la main disparus. — Fléchisseurs conservés. — Le malade étend et écarte les doigts sans force.

Les éminences thénar et hypothénar sont à peu près normales Troubles trophiques des ongles.

Légère atrophie faciale gauche. Pupilles égales des deux côtés.

Déformation thoracique en rapport avec la disposition des muscles pectoraux.

Le malade ne peut s'habiller seul.

Pour écrire, le malade place le porte-plume entre les extrémités de l'index et du médius gauche pendant que la main droite, placée en dessous avec la paume tournée en haut, soutient l'instrument.

OBSERVATION III.

Pierre C..., 21 ans, a six frères et sœurs dont cinq plus âgés que lui et nés à Brest, sont forts et bien constitués. Le sixième, né comme Pierre à Morlaix, présente des lésions que nous verrons plus loin.

L'accouchement a eu lieu par le siège. Trois semaines après la naissance, les parents ont constaté une paralysie des deux membres supérieurs.

Au moment de notre examen, le malade présente une légère scoliose convexe à gauche à la région cervicale inférieure, *un torticolis à droite* et un cal au niveau de la clavicule droite, reliquat d'une fracture au moment de la naissance.

Des deux épaules, la gauche est plus élevée que la droite. Les deux omoplates s'élèvent bien, mais ne peuvent ni s'abaisser, ni se rapprocher. Le trapèze inférieur, le rhomboïde sont donc lésés des deux côtés.

Le membre supérieur droit pend le long du corps. L'articulation de l'épaule ne jouit pas de tous ses mouvements, et nous ne pouvons élever le membre au-dessus de l'horizontale.

Le malade porte bien son bras en avant, lui fait exécuter les mouvements de rotation en dedans et en dehors, mais ne peut ni l'élever, ni le porter en arrière. Le deltoïde en partie et le grand dorsal sont atrophiés. La flexion de l'avant-bras sur le bras se fait au delà de l'angle droit, mais sans force. L'extension se fait mieux. Le biceps a son volume normal; il n'en est pas de même des fléchisseurs de l'avant-bras, qui sont diminués de moitié.

La main est gonflée, cyanosée. Les doigts, surtout les trois derniers, sont fléchis au niveau de l'articulation des premières phalanges avec les deuxièmes. Nous ne pouvons les étendre. Les

fléchisseurs des doigts sont légèrement atrophiés; les extenseurs à peu près détruits, ainsi que les muscles de l'éminence hypothénar.

Les muscles de l'éminence thénar sont en partie conservés.

Pas de troubles de la sensibilité.

Rien à signaler du côté de la face ou de l'œil.

Le membre supérieur gauche pend le long du corps en rotation en dedans. Le malade ne peut le soulever, ni le tourner en dehors. Le deltoïde, le sous-épineux sont détruits. L'extension de l'avant-bras est la position normale du membre, car la flexion ne se fait pas, et les muscles biceps, coraco-brachial, brachial antérieur et long supinateur n'existent plus. La flexion et l'extension de la main se font avec force.

Pas de troubles de sensibilité.

Observation IV.

Joseph C..., frère du précédent, s'est présenté par le siège mode des pieds. Immédiatement après l'accouchement les parents ont constaté chez lui *paralysie du bras droit*.

Aujourd'hui (fig. 5 et 6), légère scoliose convexe à droite; l'épaule droite, plus élevée que la gauche de 7 centimètres, s'élève bien, s'abaisse un peu mais ne peut se rapprocher de la ligne médiane. Les muscles rhomboïde et trapèze inférieur de ce côté sont donc touchés.

La clavicule, fracturée au tiers interne au moment de l'accouchement, présente encore un cal à ce niveau.

Le bras, plus court de 2 cent. que celui du côté opposé, retombe le long du corps. Les seuls mouvements qu'il exécute sont l'élévation presque jusqu'à l'horizontale, et la projection en avant due en grande partie à l'action du grand pectoral. Les muscles sous-épineux et sous-scapulaire sont détruits; le deltoïde, le grand dorsal très atrophiés. Le cubitus droit est plus court de 2 centimètres que le gauche. La flexion de l'avant-bras se fait avec moins de force que du côté opposé, l'extension complète est impossible. La pronation et la supination sont également limitées.

Les fléchisseurs de l'avant-bras sont assez développés; les extenseurs, les muscles des éminences thénar et hypothénar très

atrophiés. A la région postérieure de l'avant-bras, entre le bord interne du cubitus et le bord externe du radius jusqu'au coude, nous trouvons de l'hypoalgésie et de l'hypothermoalgésie.



Fig. 5.



Fig. 6.

Rétrécissement de la fente palpébrale du côté droit : myosis.
Légère hémiatrophie de la face.

Observation V.

Le jeune O..., 14 ans. Présentation du siège ; paralysie constatée le 4e jour. *L'épaule gauche,* plus élevée que la droite, jouit des mouvements d'élévation, d'adduction, d'abaissement — ce dernier limité.

Le malade élève son bras gauche 25° environ au-dessus de l'horizontale, le porte bien en avant, mais peu en arrière. Le membre est en rotation en dedans ; la rotation en dehors ne se

fait pas. La flexion de l'avant-bras sur le bras ne dépasse pas 45°. La pronation et la supination se font bien; de même la flexion de la main, un peu moins forte pourtant que celle du côté opposé.

Les muscles trapèze inférieur, sous-épineux, deltoïde, grand dorsal, biceps, brachial antérieur et long supinateur sont atrophiés. Le grand pectoral l'est en partie.

Tous les autres muscles du membre ne présentent pas le volume de leurs congénères du côté opposé, et si nous nous en rapportons à ce que nous dit le malade, la paralysie a été totale au début.

Pas de troubles de la sensibilité, ni de troubles oculaires.

Le cubitus gauche est plus court de un centimètre que le droit.

OBSERVATION VI.

François G..., 21 ans, ne présente, dans les antécédents héréditaires, rien de particulier à signaler. Son frère se porte bien; sa mère est morte il y a six ans et des cinq enfants, tous forts, François, l'aîné, est le seul infirme.

Ce n'est que quinze jours après l'accouchement, qui a eu lieu par le siège, que les parents ont constaté que l'enfant ne pouvait mouvoir son *bras gauche.*

Aujourd'hui nous trouvons une légère scoliose convexe à droite; l'épaule gauche, la plus élevée, est moins saillante. L'angle inférieur de l'omoplate gauche est très écarté de la ligne médiane et le bord interne de l'omoplate forme, avec la colonne vertébrale, un angle ouvert en bas. La tête humérale se luxe en arrière ; cependant au repos le bras est vertical, en rotation en dedans. La rotation en dehors est impossible.

Le malade ne peut élever son bras jusqu'à l'horizontale; l'écarter du tronc, le porter en arrière, ni le tourner en dehors. Il l'élève un peu en le portant en avant. Les muscles sous-épineux, deltoïde, grand dorsal sont particulièrement lésés. Le membre est du reste atrophié en masse.

La flexion de l'avant-bras se fait sans force, et est limitée. Les muscles biceps, brachial antérieur et long supinateur ont perdu de leur volume. La flexion et l'extension se font avec une certaine force.

Hypoesthésie à l'avant-bras.
Hémiatrophie faciale gauche faible.
Fente palpébrale légèrement rétrécie. Myosis à gauche.

Observation VII.

Ernest J..., âgé de 25 ans, ne présente au point de vue de ses antécédents héréditaires, rien de particulier à signaler. Ses parents qui se portent bien, ont eu cinq autres enfants, tous vivants et bien constitués. Ernest, le troisième, est très vigoureux. L'accouchement a eu lieu par le siège, mode des pieds.

Trois jours après la naissance, les parents constatèrent que l'enfant ne faisait aucun mouvement du *bras droit*, qui restait pendant le long du corps, et retombait dans cette position dès qu'on le soulevait,

Aujourd'hui, les mouvements sont revenus en grande partie. Le malade se rappelle n'avoir pas toujours fait ces mouvements, et nous dit qu'ils ont augmenté peu à peu d'étendue. L'épaule droite, la plus élevée, s'élève bien, se rapproche bien de la colonne vertébrale, mais ne peut s'abaisser autant que l'épaule gauche.

Le bras jouit de mouvements assez étendus. Le malade le soulève bien au-dessus de l'horizontale, presque verticalement, le porte en avant, mais peu en arrière. La rotation en dedans et en dehors se fait comme à l'état normal. La flexion de l'avant-bras sur le bras, aussi étendue que du côté opposé, se fait sans force. L'extension se fait mieux, ainsi que les mouvements de pronation et de supination.

La flexion et l'extension des doigts se font bien; le malade serre un peu moins fortement avec la main droite qu'avec la gauche.

Tous les muscles du bras sont légèrement atrophiés. Les plus lésés sont le trapèze inférieur, le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur et le long supinateur. Le triceps est le mieux conservé.

Pas de troubles de la sensibilité; pas de troubles oculaires; pas d'atrophie du côté de la face.

Observation VIII.

Jules R..., âgé de 20 ans, est venu par le siège. De sept enfants

qu'ont eus ses parents, deux sont morts. Aucun n'a présenté d'infirmité. Dès la naissance, les parents constatèrent une *paralysie des deux membres supérieurs.*

La colonne vertébrale présente une scoliose cervico-dorso-lombaire à convexité dorsale gauche (fig. 7 et 8).



Fig. 7.



Fig. 8.

L'épaule droite est moins élevée que la gauche.

Le bras, écarté du tronc en rotation en dedans, fait avec le thorax un angle de 25° en moyenne. Cet écart est dû à ce que l'avant-bras droit, ne pouvant se mettre en extension, et formant avec le bras un angle obtus ouvert en dedans, transporte le centre de gravité du bras un peu en dehors. L'avant-bras, fléchi, est en demi-pronation.

La main, à angle droit sur l'avant-bras, a la paume tournée en arrière. Les doigts sont en flexion; l'index est diminué de près d'une phalange ainsi que le pouce. L'enfant les aurait fait disparaître en en enlevant des parcelles avec les dents.

Les mouvements d'abaissement et d'adduction de l'omoplate se

font mal; le trapèze inférieur et le rhomboïde sont en partie atrophiés. Le grand pectoral est détruit et il n'y a pas de creux axillaire.

Les mouvements de flexion de l'avant-bras et de la main se font avec assez de force ; pas d'extension. Le triceps est détruit, et les fléchisseurs de la main, très atrophiés.

Quand le malade écrit, la plume passe sur le pouce, sous l'index et sur le médius. Le pouce agit comme bras de levier.

Sensation au tact conservée; à la douleur, diminuée sur les parties externes de l'avant-bras et du bras, sur une largeur de deux travers de doigt, conservée en dedans. Il y a eu anesthésie complète, puisque le malade a fait disparaître la dernière phalange du pouce et de l'index.

Au *membre supérieur gauche*, nous constatons de grandes lésions à l'articulation du coude. L'extrémité supérieure du radius est venue se placer en avant de la poulie condylo-trochléenne. En outre de ce déplacement, le radius a subi un mouvement de rotation tel que la tubérosité bicipitale se trouve en arrière et que le biceps, en se contractant, provoque l'extension de l'avant-bras sur le bras. Le poignet, légèrement fléchi, peut être étendu à 180°. Le bras est en rotation en dedans.

Tous les muscles du membre sont atrophiés, excepté le biceps, le brachial antérieur et le long supinateur. Le deltoïde présente aussi un volume à peu près normal.

La main, rouge, est couverte d'engelures.

Anesthésie à tout l'avant-bras, analgésie remontant moins haut, à deux centimètres du coude.

Paupières légèrement rapprochées.

OBSERVATION IX.

Mlle R..., 22 ans, a un frère plus âgé qu'elle, bien constitué. L'accouchement, très laborieux, a eu lieu par le siège mode des pieds. Ce n'est que quelques jours après l'accouchement que l'on a constaté la *paralysie des deux membres supérieurs*. L'enfant avait été confiée a une nourrice.

L'épaule droite est plus élevée que la gauche; le bras droit en rotation en dedans, légèrement écarté du tronc, forme avec l'avant-bras un angle de flexion de 90°. La main est en extension forcée sur l'avant-bras, les doigts fléchis dans la main. Le pouce est

placé sous les autres doigts. L'élévation du bras se fait jusqu'à l'horizontale. La malade ne peut le porter ni en avant ni en arrière.

La rotation en dehors ne se fait pas, il en est de même de l'extension de l'avant-bras. La flexion se fait bien.

Les doigts sont immobiles.

Les muscles biceps, brachial antérieur et long supinateur sont seuls conservés. Le deltoïde est atrophié de moitié.

Anesthésie à peu près complète à la main; hypoesthésie de l'avant-bras jusqu'au-dessus du pli du coude.

Myosis de l'œil droit. Fentes palpébrales égales des deux côtés.

Le membre supérieur gauche pend vertical en rotation en dedans. Pas de rotation en dehors. La malade ne peut soulever son bras ni le porter en avant ou en arrière. La flexion de l'avant-bras est très limitée, et ne se fait dans ces limites que très faiblement. L'extension se fait bien. Pronation et supination limitées. Extension de la main impossible.

Le triceps est le seul muscle qui paraisse bien conservé ; les fléchisseurs de la main sont légèrement diminués de volume. Tout les autres muscles sont atrophiés.

Pas de troubles de sensibilité.

Observation X.

G..., 18 ans, a perdu 7 frères et sœurs ainsi que son père, tous enlevés par la tuberculose. Immédiatement après l'accouchement qui s'est fait par le siège, les parents ont remarqué que l'enfant ne remuait pas les bras.

Au moment de notre examen (fig. 9 et 10), *l'épaule droite* est de deux centimètres plus élevée que la gauche. Les deux épaules ne se rapprochent pas de la colonne vertébrale; elles s'élèvent bien. L'abaissement du scapulum droit ne se fait pas ; l'abaissement du scapulum gauche est très peu accentué.

A l'articulation scapulo-humérale droite, nous trouvons une luxation de la tête de l'humérus en arrière. Le bras, en rotation en dehors, est très légèrement écarté du tronc. L'avant-bras forme avec l'humérus un angle obtus regardant en avant. La main, en pronation, regarde en arrière.

Tous les mouvements du bras sont limités : le mouvement en dehors ne se fait pas.

La flexion de l'avant-bras se fait bien : très peu d'extension ; l'extension complète, même communiquée, est impossible. La flexion et l'extension de la main se font sur une certaine étendue, avec moins de force que normalement.

Tous les muscles du membre, excepté le grand pectoral, le biceps, le long supinateur et le brachial antérieur, sont atrophiés.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Le bras gauche, écarté du tronc en rotation en dedans, forme



Fig. 9.



Fig. 10.

avec l'avant-bras un angle obtus ouvert en dedans. L'extension complète du coude n'est pas possible.

La main cyanosée est en extension forcée sur l'avant-bras. Elle pend flasque sur le bord cubital. Les mouvements du bras se font tous sur une certaine étendue. Pas de rotation en dehors.

La flexion de l'avant-bras est le seul mouvement possible. La main pend inerte; ni extension ni flexion. Le membre est plus court que l'opposé de 6 centimètres. Les muscles biceps, brachial

antérieur, long supinateur sont à peu près normaux; tous les autres sont atrophiés. Le triceps, les extenseurs et fléchisseurs de la maiu sont complètement détruits.

Hypoesthésie depuis la main jusqu'à 2 centimètres au-dessus du coude.

. Fente palpébrale gauche légèrement rétrécie; myosis du même còté.

Observation XI.

Catherine G..., 14 ans, a un frère plus âgé qu'elle, bien portant. Après l'accouchement, qui eut lieu par le siège, on constata chez elle la *paralysie des deux membres supérieurs.*

L'épaule gauche, parallèle à la colonne vertébrale, très écartée, bien collée, est plus élevée que l'épaule droite.

Les deux omoplates se rapprochent mal, surtout la gauche, s'élèvent bien, mais ne s'abaissent pas.

Le bras droit, parallèle au tronc, est en rotation en dedans. La main, en pronation forcée, est inclinée sur le bord radial. Grâce à l'omoplate et au grand pectoral, la malade soulève le bras jusqu'à l'horizontale, le porte un peu en arrière, et en dedans. La rotation en dehors ne se fait pas.

Au coude, flexion très faible et très limitée; l'extension, quoique limitée, se fait avec plus de force.

L'avant-bras est en demi-pronation que l'enfant peut exagérer. La main est fléchie à 45°; la flexion peut être poussée plus loin. L'extension, même communiquée, est impossible; le cubitus est luxé en arrière. Le pouce et l'index présentent un certain écartement; les trois autres doigts sont fléchis dans la main et ne présentent aucun mouvement. La main est froide et cyanosée.

Tous les muscles du membre sont plus ou moins atrophiés; le triceps et les fléchisseurs de l'avant-bras seuls sont assez bien conservés.

Pas de troubles de la sensibilité.

Le bras gauche, légèrement écartée du tronc, en rotation en dedans, forme avec l'avant-bras un angle de 80°. La main, en pronation forcée, a la paume tournée en dehors. Les doigts, étendus, sont cyanosés, ulcérés; les ongles sont détruits sur le médius et l'annulaire.

Le bras ne jouit d'aucun mouvement; l'extension de l'avant-

bras est très faible ; pas de flexion. La main est immobile en extension; quand on fléchit les doigts ils s'étendent très faiblement.

Le grand pectoral, le triceps, les extenseurs des doigts ont seuls conservé quelque action.

Sensibilité conservée. Hypoalgésie légère. Hypothermoalgésie.

La malade ne peut écrire qu'en tenant le porte-plume entre les dents : elle ne peut s'habiller ni porter les aliments à sa bouche.

Observation XII.

Yves K..., 24 ans, a ses parents, et deux frères plus âgés que lui, tous bien portants.

S'est présenté par le siège, mode des pieds.

Légère scoliose convexe à gauche (fig. 11 et 12). L'omoplate droite, la plus élevée, forme avec la colonne vertébrale un angle ouvert en bas, s'élève bien, mais ne peut s'abaisser ni se rapprocher de la ligne médiane.

Le *membre supérieur droit*, plus court que le gauche de 15 centimètres environ, pend vertical le long du tronc. Main talus. Les mouvements que le malade peut imprimer au membre sont l'élévation, grace au trapèze supérieur, et l'adduction du bras, qui se fait à moitié, et est due à l'action des pectoraux.

Les doigts, couverts d'engelures l'hiver, sont sclérosés, ankylosés.

Hypoesthésie, hypoalgésie jusqu'au coude.

Les ongles déformés, épais, friables, sont arrachés sur quelques doigts.

Hémiatrophie faciale droite légère.

La fente palpébrale était légèrement rétrécie, il y a cinq ans, au moment où M. Prouff a examiné ce malade, et il y avait du myosis de l'œil droit. Aujourd'hui, les pupilles présentent une lumière égale.

Les lésions articulaires de l'épaule, du coude et du poignet relevées dans le plus grand nombre de ces observations prouvent incontestablement qu'il y a eu sur les bras des tractions très énergiques et désordonnées. Il est évident que la sage-femme a tiré n'importe comment pour faire sortir

ces enfants. Nous avons des raisons de croire que souvent il y a eu version podalique et extraction alors que la dilatation de l'orifice utérin n'était pas complète.

Le nombre des paralysés relevés par le Dr Prouff s'élève au moins à une trentaine.

Les paralysies obstétricales des membres supérieurs ne

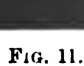



FIG. 11.



FIG. 12.

constituent pas le seul ni le plus grand danger que court le fœtus au cours de tractions de ce genre. De même ordre sont les hématomes du sterno-cléido-mastoïdien dus sans doute à des tractions unilatérales sur un fœtus non comateux, et les arrachements du phrénique, du spinal et du pneumogastrique qui nous paraissent expliquer les cas où le fœtus meurt tôt après l'accouchement, par arrêt de la respiration alors que le cœur continue à battre ? M. le Dr Prouff a constaté plusieurs cas de

mort dans ces conditions ; nous n'avons malheureusement aucune observation à présenter qui démontre ce point.

On pourrait nous objecter que la plupart des cas que nous citons sont dus à la myélite. Mais dans tous les cas nous avons examiné les réflexes rotuliens, qui sont normaux, et nous n'avons trouvé chez aucun des malades un affaiblissement des membres inférieurs. Un des malades, présentant une paralysie des deux membres supérieurs datant de la naissance, que nous n'avons pu examiner, est arrivé neuvième dans une course à pied de cent cinquante kilomètres.

Quelques malades présentent du torticolis ; la tête penche du côté opposé à la lésion du plexus : nous ne pouvons certifier que ce torticolis est dù à la paralysie et à l'atrophie consécutives au tiraillement du plexus cervical supérieur. car les arthrites cervicales, les hématomes du sterno-cléido-mastoïdien par rupture musculaire peuvent amener les mêmes désordres.

Dans presque tous les cas, nous constatons l'élévation du scapulum du côté lésé. Or le faisceau inférieur du trapèze est le seul muscle qui, en se contractant, provoque l'abaissement de l'omoplate ; c'est donc lui qui est paralysé. Le trapèze reçoit son innervation de deux sources différentes, d'une part du spinal, d'autre part d'un rameau naissant de la troisième branche cervicale auprès du point de réunion avec la quatrième, cette dernière branche étant surtout destinée à la partie inférieure du trapèze.

Il y a donc, dans la plupart des cas, lésion de cette branche du plexus cervical supérieur. Comment a-t-elle pu se produire ? Nous ne voyons que le tiraillement par abaissement des épaules et élongation du cou qui puisse expliquer cette paralysie.

Pourquoi, dans les tractions, les désordres siègent-ils plutôt au niveau des cinquième et sixième branches cervicales ? Lorsque les tractions sur le cou sont assez fortes pour amener la décollation, celle-ci se fait en règle générale au niveau des troisième, quatrième et cinquième vertèbres

cervicales. C'est donc à ce niveau que les tissus sont le moins résistants, qu'ils se laissent le plus distendre.

La sensibilité est beaucoup mieux conservée que la motilité et dans plusieurs cas de paralysie à peu près totale, il n'y a ni anesthésie, ni analgésie. Nous trouvons l'explication de ce fait en ce que, dans les cas de tractions simples sur la tête sans manœuvre de Mauriceau, la tête est défléchie; le cou forme une concavité en arrière et les nerfs postérieurs, sensitifs, moins tendus que les moteurs, sont moins exposés à être tiraillés que ces derniers.

Nous ferons remarquer en terminant, que nos observations se rapprochent peu des types classiques de paralysies radiculaire supérieure, inférieure ou totale.

Les lésions articulaires ont provoqué dans plusieurs cas l'atrophie de muscles voisins, qui n'étaient pas paralysés.

Cependant, des muscles voisins, éloignés de toute articulation lésée, innervés par des branches différentes mais partis du même tronc, n'ont pas été toujours paralysés ensemble, ce que nous ne pouvons expliquer qu'en admettant l'arrachement des radicelles d'un tronc, avec conservation de voisines.

Le pronostic chez nos malades est beaucoup plus grave qu'il ne l'est en général, ce qui tient sans doute aux tractions énormes exercées sur ces enfants.

DE LA PATHOGÉNIE DES PARALYSIES BRACHIALES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ. PARALYSIES OBSTÉTRICALES

Par le Dr **G. Fieux**,
Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux.

Dans la paralysie obstétricale du membre supérieur chez le nouveau-né, les muscles atteints d'impotence fonctionnelle, ou du moins dont l'impotence peut être facilement

saisie, forment un groupe bien défini : ce sont le deltoïde et tous ceux de la loge antérieure du bras : biceps, coraco-brachial, brachial antérieur. Le long supinateur, dans les observations, est aussi en général noté dans le groupe des muscles atteints.

Duchenne de Boulogne, on le sait, est le premier auteur qui ait attiré l'attention sur ce type de paralysie, et, c'est lui qui lui a donné son nom de paralysie obstétricale. Duchenne ne fait que signaler le groupe musculaire paralysé et laisse à d'autres le soin de rechercher la cause de cette localisation.

En 1874, Erb d'Heidelberg, à propos d'une note sur une forme particulière de paralysie observée chez les nouveau-nés, conclut que les muscles qui semblent atteints : deltoïde, biceps, coraco-brachial et long supinateur, sont sous la dépendance des V[e] et VI[e] paires cervicales. Il le démontre en excitant un point précis, situé entre les deux chefs des scalènes et correspondants à l'émergence des deux racines précitées. — Par l'excitation de ce point (appelé depuis point de Erb) il réussit à faire contracter simultanément le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial et le long supinateur, tandis que les autres muscles restaient au repos.

Erb en conclut que c'est en ce point que se trouvent réunis et lésés les filets moteurs des muscles qui sont constamment paralysés dans les observations qu'il rapporte.

Féré, des recherches faites sur le plexus brachial, arrive à déterminer que les V[e] et VI[e] paires cervicales, en dehors de quelques branches collatérales, fournissent les nerfs circonflexe et musculo-cutané, c'est-à-dire président aux mouvements du deltoïde, petit rond, biceps, brachial antérieur et coraco-brachial.

Il paraît donc bien nettement établi que la paralysie obstétricale du membre supérieur est une paralysie radiculaire, portant sur les V[e] et VI[e] racines cervicales.

C'est une des conclusions formulées par le D[r] Roulland, dans sa thèse de doctorat (Paris, 1887).

Mais l'explication de ce fait, à savoir que les deux racines supérieures du plexus brachial étaient lésées, alors que les autres échappaient à tout froissement, était plus délicate.

Or comme le type de cette paralysie ne change pas, soit que l'accouchement ait été naturel, soit qu'une application du forceps ait été nécessaire, soit encore que l'enfant ait été extrait tête dernière, avec ou sans relèvement des bras, il fallait bien trouver une cause unique.

Dans tous les cas, M. Roulland croit devoir faire intervenir la compression du point de Erb.

Lorsque l'accouchement est naturel, et que le diamètre bi-acromial franchit difficilement la filière maternelle, voici ce qui se passerait : le diamètre bi-acromial se réduit, les épaules se tassent, les clavicules repoussées l'une contre l'autre ont tendance à se rapprocher. Mais retenues en avant par le sternum, elles se porteraient en arrière, et leur partie moyenne, croisant les apophyses transverses des 6ᵉ et 7ᵉ vertèbres cervicales, comprimeraient les Vᵉ et VIᵉ racines cervicales.

Lorsque c'est la tête dernière qui résiste, l'application des doigts en fourche sur la nuque de l'enfant, lèserait directement le point de Erb par la compression digitale. Et comme l'indicateur, ajoute M. Roulland, a en général plus de force que le médius, c'est du côté de son point d'appui que *devra* se montrer la faiblesse musculaire.

La difficulté existe-t-elle pour le dégagement des bras relevés, ce n'est pas le pouce dans l'aisselle qui cause les dégâts, c'est l'index et le médius qui par-dessus vont exercer une compression entre les scalènes.

Au cours d'une application de forceps, les branches trop enfoncées, et mal dirigées, déborderaient sur le cou de l'enfant, de telle sorte que le bec des cuillères viendrait exercer une action fâcheuse sur le point de Erb, et déterminerait ainsi la paralysie.

M. Budin, dans une clinique du mois de décembre 1887, sur les paralysies obstétricales du membre supérieur semble,

adopter l'opinion de M. Roulland. Comme lui il admet, dans la paralysie type, l'impotence fonctionnelle du long supinateur, attribuant au musculo-cutané l'innervation de ce muscle. Je ne sais véritablement sur quoi s'appuient ces cliniciens pour ranger le long supinateur dans le groupe des muscles paralysés. Il semble seulement, à la lecture des observations, que l'impotence de ce muscle est prouvée par l'attitude de l'avant-bras qui a tendance à retomber en pronation. Cette attitude est constante, c'est vrai, mais admettre dans le cas particulier la paralysie du long supinateur nous paraît être un contre-sens anatomique. D'abord le long supinateur est innervé, non pas par le musculo-cutané, mais bien par le radial; pourquoi seul des muscles innervés par ce filet serait-il paralysé ? De plus, nous savons que l'action du long supinateur n'est nullement en rapport avec son nom, et que le muscle qui véritablement détermine le mouvement de supination est le muscle biceps, toujours paralysé dans le cas qui nous occupe. L'attitude caractéristique du membre n'a donc pas besoin d'être mise sur le compte d'une impotence du long supinateur.

Chez un enfant que nous observions ces jours-ci et dont nous allons tout à l'heure rapporter l'histoire, l'avant-bras reposait toujours sur son bord cubital, et cependant si l'on excitait les téguments on percevait très bien du doigt les contractions de ce muscle superficiel et facile à explorer.

Nous n'osons pas affirmer qu'il en était ainsi dans les autres observations ; mais ce que nous affirmons, c'est que de l'attitude en demi-pronation il ne faut pas déduire fatalement l'impotence fonctionnelle du long supinateur.

Pour ce qui concerne la pathogénie des paralysies obstétricales, nous ne mettons nullement en doute les recherches concordantes de Erb, de Féré et de Forgues, à savoir que les nerfs des muscles toujours en cause, proviennent des cinquième et sixième paires cervicales ; mais nous ne saurions reconnaître le mécanisme invoqué par M. Roulland et, depuis, adopté sans conteste, par M. Budin.

Comment admettre que des traumatismes si divers, aux cours d'accouchements variés, dissemblables, effectués par des praticiens, ne recourant pas à des manœuvres identiques, la compression de ces deux faisceaux, seuls, s'exerce toujours en ce même point de Erb, si limité que l'on ne peut le déterminer électriquement qu'à l'aide de fines aiguilles?

Si l'accouchement se fait seul, ou si l'on est obligé d'effectuer l'extraction des épaules; si la paralysie survient après une application de forceps, si elle apparaît après une extraction du siège, c'est toujours le point de Erb qui est comprimé. Et la compression est alors effectuée, suivant les cas, par la face postérieure des clavicules, par le bec des cuillères, par les doigts de l'opérateur.

L'opinion émise par M. Roulland, si ingénieuse qu'elle soit, n'a pas été, que je sache, confirmée par des recherches précises. Or, avant d'adopter son hypothèse, un contrôle anatomique nous a paru nécessaire.

Lorsque sur un fœtus à terme normalement conformé, on dissèque la région du cou, de façon à bien mettre en évidence les branches du plexus brachial, on peut remarquer les faits suivants :

1° Lorsque le diamètre bi-acromial est fortement tassé, réduit de 4 et même 5 centimètres, les clavicules sont refoulées en arrière, c'est vrai, mais il existe toujours entre les clavicules *concaves en arrière* et la colonne vertébrale, une loge de un centimètre au moins, où le bout du doigt peut s'engager, et dans laquelle le paquet nerveux flotte à l'aise.

2° Si l'on applique sur la tête les branches d'un forceps, on peut s'assurer que jamais le bec des cuillères ne peut venir traumatiser le point incriminé. Si la tête est petite et non fléchie, l'instrument peut déborder dans la région cervicale; mais il faut remarquer que le diamètre maximum du cou chez le nouveau-né à terme est de 45 à 50 millimètres, et que, lorsque la tête de l'enfant est saisie entre les cuillères, jamais leur bec ne peut être rapproché de moins de

50 millimètres. C'est donc à peine si les téguments peuvent être légèrement excoriés.

3° Quant à la compression digitale exercée sur le point de Erb, lorsque les doigts sont en fourche autour de la nuque, ou plutôt sur la base du cou, on s'aperçoit que ce n'est que pure hypothèse. D'abord les doigts se mettent en rapport avec un point où tous les nerfs du plexus passent absolument groupés au-dessus de la première côte. Et puis, sur quoi les comprimerait-on. Sur la première côte? Mais en opérant les efforts de traction sur les épaules, la côte s'abaisse et l'on fait fuir ainsi le plan résistant sur lequel les cordons nerveux auraient pu être comprimés.

Le traumatisme du point de Erb est donc tout à fait imaginaire au cours de ces diverses manœuvres. Mais il est un fait constant que l'on retrouve dans tous les accouchements compliqués de paralysie du membre supérieur chez le nouveau-né, c'est la traction du cou. Et ceci, soit au cours d'un accouchement avec dégagement normal de la tête, et où la sortie pénible des épaules a réclamé une intervention, soit au cours d'une extraction difficile de la tête dernière.

Or si la disposition anatomique du plexus brachial, et des organes qui l'avoisinent, nous fait rejeter l'idée émise par Roulland et adoptée par M. Budin, l'examen de la région nous explique comment les tractions du cou peuvent déterminer la paralysie du circonflexe et du musculo-cutané. Non pas autant les tractions directes, axiles par rapport au corps du fœtus, que celles qui se font tout en inclinant la tête vers une des deux épaules, tractions asynclitiques si je puis m'exprimer ainsi.

Le plexus brachial a la forme d'un cône dont la base répond à la colonne cervicale et dont le sommet file vers le creux de l'aisselle Ce qui revient à dire que les deux racines supérieures montent plus haut sur la tige cervicale que les trois racines inférieures. La cinquième et la sixième paire cervicales émanent de la tige à 35 et 40 millim. au-dessus de la base du cou. La septième cervicale est à 28 millim., la

huitième cervicale et la première dorsale à 20 et 10 millim. au-dessus du même point de repère.

Si fixant une des épaules, nous tirons la tête en l'inclinant

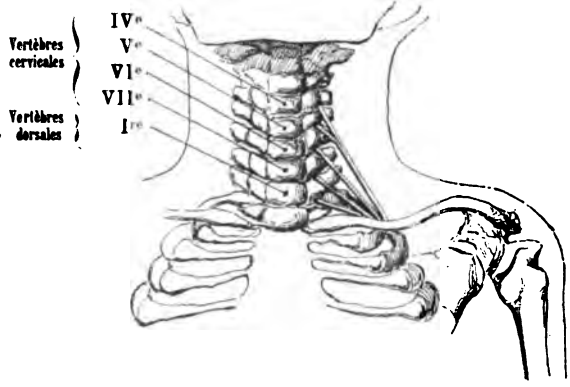


Fig. 1.

du côté opposé, nous voyons que non seulement la tige cervicale oscille comme un balancier, mais encore qu'elle s'incurve, *tiraillant d'autant plus les nerfs du plexus brachial*

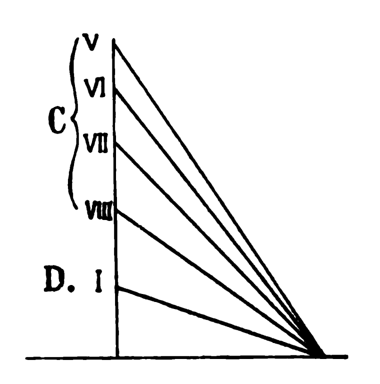


Fig. 2. — Tige cervicale droite.

que ceux-ci émanent de plus haut. En effet, pendant ce mouvement, le doigt peut sentir sur le fœtus disséqué, les deux branches supérieures tendues comme des cordes de

violon, alors que les trois autres restent encore relativement souples.

Pour bien juger la différence de traction exercée par

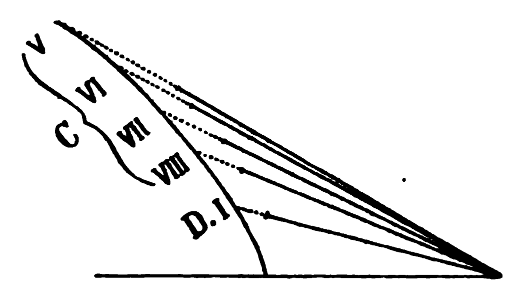


FIG. 3. — Tige cervicale en traction inclinée.

cette manœuvre sur les divers faisceaux du plexus, nous les avons successivement sectionnés, puis tirant et inclinant la tête du côté opposé, nous avons mesuré la distance qui sépa-

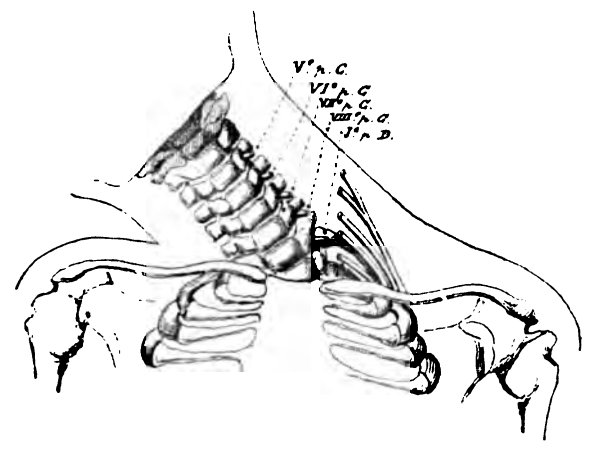


FIG. 4. — Traction asynclitique modérée du cou montrant la différence de tiraillement des diverses branches du plexus, suivant le point d'émergence.

rait alors les surfaces de section de chacun d'eux. En comptant le retrait du nerf, tandis que pour une même traction vigoureuse :

Les 2 branches supérieures s'écartent de — 26 et 28 millim.
la 3ᵉ branche » s'écarte de — 12 millim. seulement
et les 2 dernières » » de — 8 millim. à peine.

Il y a donc une très grande différence entre les tiraillements exercés sur les 3 racines inférieures et la distension des Vᵉ et VIᵉ racines cervicales. Cette différence croît proportionnellement à mesure que s'accusent les tractions asynclitiques du cou, si bien qu'il se produit alors une véritable élongation des deux racines supérieures du plexus.

Ce qui met encore bien en évidence la différence de distension des divers faisceaux, c'est l'expérience suivante : si chez un nouveau-né, dont on a mis à nu le plexus brachial, sans cependant l'isoler des parties molles qui l'entourent, on continue à exagérer la traction inclinée du cou, il arrive un moment où l'on entend un petit bruit sec. On peut constater alors que les Vᵉ et VIᵉ racines cervicales se sont rompues simultanément à 5 ou 6 millim. de leur émergence. Les trois autres racines restent parfaitement intactes.

Enfin, nous avons tenu à sanctionner ces quelques observations anatomiques par une expériencé rendant peut-être plus frappante l'action des tractions asynclitiques du cou sur la motilité du membre supérieur.

Un lapin est couché sur le côté, au bord d'une table ; le membre supérieur droit est fixé par un aide. — La tête, saisie en crochet par quatre doigts, deux sous le maxillaire, deux sous la nuque, est tirée assez vivement en bas, comme on le pratique souvent pour effectuer le dégagement de l'épaule antérieure. Les tractions, répétées trois fois pendant trois ou quatre secondes, sont prudentes, car on sait que le lapin est très sensible à cette manœuvre qui provoque facilement chez lui l'élongation du bulbe. — Soulevant alors l'animal par les oreilles, on peut remarquer que le membre supérieur gauche est relevé, tandis que le membre droit pend en extension le long du corps.

L'impotence fonctionnelle du membre n'est pas totale, car pendant la marche l'animal le porte en avant ; mais on

peut remarquer qu'il s'entrave fréquemment de ce même côté. La patte et l'avant-bras droit, en s'avançant, trainent sur le sol.

Les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras sont donc tout au moins parésiés.

Ce fait maintenant certain que les fibres sont d'autant plus élongées qu'elles s'insèrent plus haut sur la tige cervicale pourrait expliquer un détail relaté dans bien des observations et que nous désirons mettre en relief. Dans les paralysies obstétricales on remarque quelquefois que le deltoïde est le seul muscle paralysé (Jacquemier), ou bien s'il est paralysé en même temps que les muscles de la loge antérieure du bras, il est beaucoup plus long que ces derniers à récupérer ses mouvements; souvent même le deltoïde est à jamais frappé d'impotence alors que les muscles innervés par le coraco-brachial reprennent leur fonction au bout de quelques jours.

Or il existe une loi d'innervation générale, établie par Forgues de Montpellier, à savoir que : lorsqu'un groupe musculaire est innervé par un plexus, les muscles les plus élevés reçoivent les filets les plus élevés du plexus.

Ceci posé, nous nous contenterons alors de rapprocher cette proposition :

Le deltoïde, d'après la loi générale, doit être innervé par les filets les plus élevés du plexus brachial;

De ces deux faits prouvés, l'un par l'expérimentation, l'autre par l'observation :

1° *Les filets nerveux du plexus brachial sont d'autant plus tiraillés qu'ils émanent de plus haut de la colonne cervicale;*

2° *Le deltoïde est toujours le plus gravement atteint dans la paralysie obstétricale.*

La traction latérale du cou explique aussi facilement pourquoi c'est tel ou tel bras qui est atteint de paralysie.

Au cours d'une laborieuse extraction de la tête dernière, les tractions sur le *cou incurvé* sont considérables, mais tou-

jours plus vigoureuses dans un sens que dans l'autre, que l'on pratique le dégagement des bras relevés, du postérieur surtout, ou bien que l'on exécute la manœuvre de Champetier.

Mais c'est surtout lorsque la tête est dégagée à la vulve et que les épaules sont encore retenues dans le bassin que les tractions inclinées de la tête sont bien appréciables. Les tractions ont-elles été surtout vigoureuses en bas, tête vers le périnée, afin d'abaisser l'épaule antérieure, c'est le bras antérieur qui devra être paralysé.

Les tractions ont-elles été vigoureuses en haut, tête vers le pubis, afin de dégager l'épaule postérieure, c'est le bras postérieur qui devra refléter le tiraillement du plexus correspondant.

Les faits cliniques confirment pleinement nos constatations anatomiques et nos expériences. Nous en citerons comme preuve les observations suivantes dans lesquelles les manœuvres qui ont terminé l'accouchement ont été suffisamment exposées :

Obs. I (Polaillon) (résumée). — Tête se dégage facilement et tourne l'occiput à gauche. *L'épaule postérieure ou gauche n'a pu se dégager qu'après une compression qui a dû être considérable.* Enfant gros, très vigoureux, né avec une paralysie du membre supérieur gauche.

Obs. II (Bailly et Onimus) (résumée). — Au cours d'un accouchement naturel, la tête de l'enfant sort avec assez de facilité, mais reste accolée au périnée malgré l'énergie des douleurs. Tous les efforts de l'accoucheur et de la sage-femme portent sur le dégagement de l'épaule postérieure, ou droite.

Celle-ci n'est amenée qu'après l'emploi de la manœuvre de Jacquemier. Le dégagement de l'épaule antérieure est facile. Paralysie du membre supérieur droit.

Obs. III (Budin) (résumée). — Tête retenue au-dessus d'un détroit supérieur rétréci avec occiput tourné à gauche. Nous y retrouvons le passage suivant : « la main droite fut placée à cheval sur les épaules, les trois derniers doigts en arrière, l'index

en avant, et elle *souleva le cou* pour incliner la tête sur son pariétal postérieur et lui faire doubler le promontoire. Un des externes du service, placé à droite de la femme, exerçait à travers la paroi abdominale une pression de haut en bas sur la région frontale du fœtus, pendant qu'on tirait sur le maxillaire et sur les épaules ».

Paralysie du membre supérieur droit ou postérieur.

Obs. IV (personnelle). — Femme de 42 ans, secondipare, toujours bien portante, a eu son premier enfant à 39 ans. L'accouchement à terme n'a présenté rien de particulier. L'enfant, petit, du sexe masculin, est aujourd'hui bien portant.

Le 5 novembre, à 8 h. 1/2 du matin, cette femme entre à la clinique d'accouchement, souffrant depuis 2 heures, paraît-il. La dilatation est comme deux francs, la poche des eaux rompue, la tête assez grosse est en O.I.G.A, engagée mais non descendue dans l'excavation.

La tête descend à mesure que la dilatation se complète, et à 4 heures du soir, elle se dégage avec assez de facilité.

Mais une fois le mouvement de rotation externe effectué, l'enfant ne bouge plus, malgré de vigoureuses contractions. Les épaules sont solidement retenues au-dessus du plancher pelvien.

La sage-femme qui présidait à l'accouchement est obligée de faire soulever le siège de la patiente, et saisissant la tête avec les quatre doigts en crochet, *elle l'abaisse fortement et à plusieurs reprises dans la direction du périnée*, avant d'arriver à fixer l'épaule antérieure.

En relevant la tête vers le pubis, le dégagement de l'épaule postérieure s'effectue sans difficulté.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 3,670 grammes.

D. bi-pariétal, 94 mm.

D. bi-acromial, 13 cent.

On constate une paralysie du membre supérieur droit, correspondant à l'épaule antérieure.

Le bras pend inerte le long du corps, l'avant-bras en demi-pronation.

Le moignon de l'épaule est flasque. Les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras ne s'exécutent à aucun moment. Le triceps est intact, et les muscles de l'avant-bras fonctionnent si bien que l'on soulève presque l'enfant en tirant un objet qu'il a saisi avec la main correspondante.

Dans toute la zone répondant à l'innervation sensitive du musculo-cutané, région antéro-externe de l'avant-bras, la piqûre à l'épingle laisse l'enfant indifférent, tandis qu'à la poitrine, par exemple, la même excitation détermine une douleur manifeste.

L'examen électrique pratiqué le quatrième jour donne les résultats suivants :

Les courants faradiques n'éveillent aucune contraction du deltoïde, tandis que tous les muscles de la loge antérieure du bras, bien que paralysés, répondent à l'excitation faradique.

Dans ces quatre observations nous mettrons seulement en relief :

Obs. I et II. — Difficultés pour le dégagement de l'épaule postérieure, paralysie de l'épaule postérioure.

Obs. III. — La main droite, tout en tirant, souleva le cou pour incliner la tête sur son pariétal postérieur. Donc tiraillement de la partie droite du cou; paralysie du bras droit.

Obs. IV. — Tractions très violentes en bas pour fixer l'épaule antérieure ou droite, tiraillement fatal de la partie droite du cou, paralysie du bras droit.

De la concordance de ces faits cliniques avec nos constatations anatomiques, il nous semble permis de conclure :

Pour expliquer la pathogénie de la paralysie obstétricale du membre supérieur, la théorie de la compression du point de Erb, nous paraît devoir être remplacée par le fait bien acquis des tiraillements des 2 racines supérieures du plexus au cours des tractions asynclitiques du cou.

L'OBSTRUCTION DU CANAL LACRYMAL CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

Par le Dr **E. Landolt.**

L'obstruction du canal lacrymal chez les nouveau-nés n'est nullement une affection inconnue. Si nous nous permettons d'attirer l'attention de nos confrères sur cette

[illegible] nous avons [illegible] ser qu'elle passe [illegible] temps [illegible]

La plupart [illegible] question [illegible] jonctivite [illegible] instituées par [illegible] de pleurer. [illegible] gouttelette [illegible] des paupières. [illegible] tivite proprement [illegible] moins dans [illegible]

Ce larmoiement [illegible] d'obstruction des [illegible] assurer le [illegible] en haut, et [illegible] voit alors jaillir [illegible] ou même le pus [illegible] caractéristique [illegible] bout de quelques [illegible] réussirait pas à exprimer [illegible] tion obstinée de [illegible] moyen d'une sonde, [illegible] opération est assez [illegible] il ne faut jamais se [illegible] canaux lacrymaux. Avec [illegible] jours à introduire la sonde et à faire [illegible] à travers les points lacrymaux [illegible].

Je trouve particulièrement [illegible] sonde dont l'une des extrémités [illegible] légèrement l'orifice [illegible] Elle pénètre ainsi facilement et sans [illegible] cher du nez. Au moment de la retirer, il sort presque toujours du pus ou du muco-pus du nez [illegible]

dans les cas où cette matière n'est pas sortie à la pression sur le sac lacrymal.

Le sondage est suivi d'une injection, au moyen de la seringue d'Anel, d'un léger antiseptique (acide borique 4 p. 100, ou de sublimé à 1 p. 5000). On n'a qu'à retourner de suite le petit malade, afin qu'il n'avale pas le liquide injecté.

Jusqu'à présent, j'ai trouvé que les obstructions les plus rebelles des voies lacrymales chez les tout jeunes enfants guérissent très rapidement avec ce traitement. Un sondage et deux ou trois injections pratiquées, sans sondage préalable, à quelques jours d'intervalle, ont suffi dans plusieurs cas.

Inutile d'ajouter que le traitement ne présente aucun inconvénient et qu'il n'exclut pas la continuation des lavages aseptiques. L'application des compresses d'extrait de saturne peut même contribuer à calmer l'inflammation de la muqueuse des voies lacrymales.

Clinique obstétricale et gynécologique du Professeur Lebedeff (Saint-Pétersbourg).

UN CAS RARE DE STÉNOSE ACQUISE DU VAGIN

Par le Professeur agrégé **Demetrius Popoff.**

Dans la pathologie de la sphère génitale de la femme le chapitre des maladies du vagin et surtout la question de ses atrésies et de ses sténoses est maintenant assez complètement traité. Nous trouvons des travaux sur cette question déjà dans l'antiquité (1). On sait que Cornélie, la mère des Gracques, a eu une atrésie congénitale du vagin et a été opérée.

Je ne veux pas m'occuper ici de la question des atrésies congénitales du vagin, je ne veux m'arrêter, comme on le

(1) Plinius. *Histor. natur.*, lib. VI, cap. XV.

voit d'après le titre de mon travail, que sur les atrésies acquises, et avant de communiquer mon observation d'atrésie acquise, je me permettrai de dire quelques mots sur l'étiologie de cette maladie.

En étudiant la littérature de cette affection, nous pouvons voir que les causes de l'atrésie congénitale du vagin peuvent être divisées en deux catégories :

Les causes provoquant la maladie sans intervention d'agents infectieux.

Les causes, où la maladie est produite par des microbes ; telles sont les affections générales infectieuses et les affections limitées, qui occupent seulement les parois du vagin.

I. — Le premier groupe des atrésies du vagin peut être divisé à son tour en plusieurs classes :

a) L'atrésie du vagin peut être quelquefois la conséquence d'*opérations gynécologiques*, par exemple de l'ablation des polypes vaginaux.

b) Les *lésions traumatiques* des parois du vagin pendant le travail ou en dehors de l'accouchement (produites, par exemple, par les pessaires ou d'autres corps étrangers).

c) Les *brûlures* produites par les agents chimiques et physiques.

II. — Le second groupe, plus nombreux, contient les causes suivantes :

a) Les *maladies infectieuses générales aiguës*, par exemple : le typhus, la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, la pneumonie.

b) Les *affections puerpérales septiques* ou saprophytes (putrides).

c) Les *maladies infectieuses chroniques :* la tuberculose, la syphilis, la gonorrhée, le cancer.

d) *Vaginite ulcéreuse adhésive* de Hildebraudt, colpite climatérique, ulcéreuse, oblitérante de Neugebauer, jun.).

Pour comprendre de quelle manière les causes du premier groupe provoquent l'atrésie du vagin, il ne faut pas, à ce qu'il me semble, beaucoup d'explications. Mais quant au

second groupe dans lequel les microbes pathogéniques jouent le grand rôle, je tâcherai d'éclaircir en détail leurs significations.

Quand nous nous trouvons en présence d'une affection parasitaire du vagin, provoquant une colpite prononcée et une ulcération des parois vaginales avec atrésie consécutive, il est évident que l'infection pénètre dans le vagin sain et devient immédiatement un foyer infectieux. D'un autre côté l'infection, qui a pénétré dans l'organisme par quelques autres voies, peut produire un écoulement abondant de la cavité de l'utérus et ainsi changer la qualité du contenu du vagin en le transformant en milieu capable de nourrir les microbes pathogènes.

Nous savons que dans les conditions physiologiques, cela est empêché par la réaction acide du contenu du vagin et par les microbes de Döderlein. Quant aux microbes qui pénètrent alors dans le vagin, on peut dire que ce sont ou les mêmes qui provoquent une affection générale ou d'autres microbes, pour la plupart des streptocoques ou staphylocoques.

Outre cela, la participation des microbes dans l'atrésie du vagin suite des maladies générales infectieuses peut se traduire par la formation de thrombus bactériens dans les parois du vagin avec nécrose consécutive de quelques parties ; comme résultat, nous pouvons observer de plus ou moins grandes pertes de substance avec les cicatrisations et atrésies du vagin consécutives.

Enfin l'activité des microbes pathogènes peut se manifester au niveau de lésions traumatiques du vagin et provoquer des lésions encore plus étendues et destructives.

Quant à la question de savoir quel rapport de fréquence existe entre les atrésies congénitales et les acquises, on peut dire que les opinions exprimées par divers auteurs n'ont de valeur que pour les établissements hospitaliers considérés et qu'elles ne peuvent pas s'appliquer à l'ensemble du pays.

Tandis que Hegar et Scanzoni pensent que les atrésies congénitales sont plus fréquentes que les atrésies acquises, Fehling est d'un avis tout à fait contraire. La relation de la fréquence entre les atrésies acquises et les congénitales est, d'après mon opinion, dans une connexion intime avec la culture du peuple et avec sa prospérité. Il est évident que lorsqu'on peut profiter largement des secours médicaux et surtout obstétricaux bien organisés, les atrésies acquises du vagin doivent être beaucoup plus rares ; et dans ces conditions la plupart des atrésies doivent être le résultat de causes qui n'impliquent la faute ni des médecins, ni de la société.

Maintenant je veux m'occuper de la question de savoir par quel moyen il faut établir le vrai diagnostic des atrésies du vagin. Je peux dire que, dans la plupart des cas, le diagnostic n'est pas difficile et que souvent il est établi par la malade elle-même, parce que la maladie empêche les fonctions sexuelles; quant au médecin, il doit exactement constater la maladie par l'exploration gynécologique ordinaire. Cependant pour résoudre la question en détail, pour savoir en présence de quelle atrésie on se trouve, congénitale ou acquise et quelles sont les causes de l'affection, nous rencontrons souvent de grandes difficultés. Les observations cliniques nous disent que la bride qui caractérise les atrésies congénitales, palpée par le rectum, semble être égale souvent plus étroite que large, et plus mince ; ce qui a une grande signification, c'est l'absence de tissu cicatriciel, qui caractérise sans aucun doute une atrésie acquise.

La localisation des atrésies acquises du vagin est diverse.

Les lésions traumatiques du canal génital chez les primipares se rencontrent le plus souvent dans le détroit inférieur, tandis que chez les multipares, elles occupent le détroit supérieur ; ce fait ressort des observations cliniques des fistules uro-génitales. Dans les parties correspondantes nous rencontrons les atrésies qui sont la conséquence de la même cause, c'est-à-dire d'une lésion pendant l'accouchement.

Les atrésies du détroit supérieur du vagin se rencontrent souvent chez les femmes à la ménopause et sont ordinairement la conséquence de la colpite climatérique oblitérante, qui se localise en cette région du vagin.

Cependant la localisation des atrésies du vagin ne peut pas toujours nous aider à résoudre la question de son origine, surtout si la cause de l'atrésie est tout à fait extraordinaire, comme nous l'avons vu chez une des malades, qui est dans la clinique de M. le professeur A.-J. Lebedeff.

A. M..., âgée de 45 ans, née dans le gouvernement de Jaroslavle ; elle a eu ses premières règles à 16 ans. Après un intervalle de quatre mois, la menstruation apparaissait toutes les quatre semaines durant quatre à cinq jours. Elle s'est mariée dans sa dix-septième année. Elle n'a jamais ni accouché, ni eu de maladie utérine.

Au mois de juin 1895 apparurent les symptômes suivants : fièvre, douleurs hypogastriques et une rétention d'urine. Au bout de quelque temps apparut un écoulement vaginal fétide. Une sage-femme fut appelée, qui examina la malade et trouva dans le vagin une tumeur d'une consistance molle. La sage-femme prit cette tumeur pour un néoplasme cancéreux. Au bout de deux jours, pendant la défécation, un morceau de cette tumeur sortit du vagin, ayant le volume d'un poing d'adulte. Le morceau de la tumeur expulsé se dissociait facilement en fibrilles.

Quelque temps après, la malade fut examinée par un médecin, qui trouva que le col de l'utérus était ouvert, et que de l'orifice du col proéminait une petite partie de la tumeur. On conseilla à la malade de faire des irrigations antiseptiques et la fièvre cessa bientôt.

Au bout de huit jours, la malade, pendant le coït, s'aperçut que le vagin était devenu plus court ; la sage-femme, consultée, trouva une atrésie du vagin. A cette époque, la menstruation n'apparut pas et chaque mois la malade éprouvait une faible douleur dans la région lombaire à peu près aux dates où la menstruation aurait dû apparaître.

État actuel. — L'examen objectif ne nous montre aucune altération des organes externes. Le vagin, examiné avec le spéculum, représente un cul-de-sac, qui a une longueur de 4 centimètres

et au fond duquel on peut distinguer un tissu cicatriciel qui se dirige transversalement. Par l'examen bimanuel on peut constater que le fond du cul-de-sac est immobile; en faisant exécuter des mouvements de latéralité au doigt explorateur, on peut se convaincre que l'élasticité des parois du vagin, surtout du côté droit, a disparu et qu'il existe une fixation du fond du cul-de-sac qui est soudé à la branche descendante du pubis du côté droit.

L'exploration par le toucher rectal montre que le rectum présente une dilatation considérable dans la région correspondant à l'atrésie du vagin; sa muqueuse est mobile; on peut sentir une bride compacte, large et grosse, à peu près de 3 centimètres de longueur, attachée au pubis à droite par un morceau de tissu compact. Au fond du petit bassin on peut palper l'utérus. Diminué dans ses dimensions, il est lié immédiatement par la bride que nous avons décrite ci-dessus. L'utérus présente une déviation en arrière et à droite et une rétro-déviation. En outre, la face postérieure de l'utérus est tournée un peu à droite; le bord droit de l'utérus est fixé. Le ligament utéro-sacré droit est considérablement raccourci, large et dur.

En examinant le cul-de-sac du vagin du côté gauche, on peut avec difficulté déterminer que l'ovaire gauche est diminué et douloureux.

L'examen clinique établit donc que la malade a une atrésie du vagin acquise, siégeant au tiers supérieur avec oblitération partielle supposée du détroit inférieur du canal cervical, rétroversion, rétro et dextroposition de la matrice climatérique, paramétrite postérieure chronique, adhésive, paramétrite et paravaginite adhésive droite et pelvi-péritonite chronique droite.

L'analyse détaillée des données anamnestiques nous permet d'établir avec certitude, que l'atrésie du vagin acquise et l'oblitération du détroit inférieur du canal cervical est ici la conséquence de la cicatrice rétractile d'une perte de substance, qui existait au détroit supérieur du vagin et inférieur du canal cervical.

Cette perte de substance apparut à la suite de la nécrose partielle, qui résulta de l'élimination d'une tumeur hors de son fond par un processus de suppuration; ce diagnostic

se confirme par les données anamnestiques; ainsi nous avons vu que, dans notre observation, il y avait eu issue d'une tumeur qui avait le volume d'un poing. En même temps existait un écoulement abondant de pus infectieux avec état fébrile.

Il faut regretter seulement qu'on n'ait pas examiné cette tumeur au microscope pour déterminer sa structure, mais la région où elle s'était développée, les circonstances de son élimination et la texture qui permettait de diviser cette tumeur en fascicules, nous laisse penser que cette tumeur était un fibroïde sous-muqueux interstitiel, qui s'est développé dans la paroi de la partie inférieure du canal cervical.

La position irrégulière de la matrice, dont nous avons parlé plus haut, et l'adhérence de la région atrésiée à la branche descendante du pubis dépendent des cicatrices, qui ont leur origine dans le processus suppuratif qui a provoqué une inflammation du péritoine pelvien.

Quant au traitement que nous devons employer, il sera, au début, purement symptomatique et nous observerons notre malade. Je pense, que nous n'avons pas à présent de motifs suffisants pour recourir au traitement chirurgical proprement dit, nous manquons pour cela de l'indication nécessaire, laquelle pourrait être l'accumulation de sang ou de liquide muqueux dans la cavité de l'utérus.

L'intention de rétablir le canal du vagin dans un but prophylactique ne supporte pas la critique, parce que nous ne sommes pas persuadé que les fonctions physiologiques de la matrice coexistent encore ; nous pouvons plus facilement supposer le contraire à cause de l'état atrophique de l'utérus et des ovaires, à cause de l'âge de notre malade et surtout à cause des altérations inflammatoires, qui sont la conséquence de l'élimination de la tumeur.

Enfin, si nous voulons rester dans la zone des données scientifiques exactes et si nous ne voulons pas entrer dans la région des chimères, nous ne chercherons pas à allonger le canal du vagin pour donner à la malade le pouvoir d'ac-

complir les fonctions sexuelles, parce que nous risquerions, après une opération, de voir le vagin perdre les restes de sa cavité.

REVUE GÉNÉRALE

DU PRURIT VULVAIRE
(SON TRAITEMENT)

Par le Dr **R. Labusquière.**

Le prurit vulvaire est, assurément, un phénomène morbide, primitif ou secondaire, pour lequel on est assez fréquemment consulté. Et si, très souvent, on réussit à conseiller une médication qui se montre efficace, il est, malheureusement, des cas où les traitements ordinaires échouent tout à fait, et pour lesquels on a conseillé l'intervention chirurgicale. Il faut toujours se souvenir qu'il peut être l'expression d'un processus général (diabète, neurasthénie, arthritisme, albuminurie, tuberculose, etc.), et diriger, alors, la thérapeutique contre ce dernier, sous peine d'échouer, quel que soit le traitement local employé. Personnellement, j'ai vu un traitement local, très minutieusement formulé par un de nos maîtres les plus expérimentés, et très consciencieusement appliqué par la malade, échouer complètement dans les circonstances suivantes : « Une dame, déjà d'un certain âge, m'avait été adressée par un de mes clients. Elle se plaignait d'un prurit vulvaire intolérable, qui se manifestait sous forme de crises des plus pénibles, troublant le sommeil et contribuant à altérer sérieusement la santé générale. Elle se croyait atteinte d'une maladie grave des organes génitaux et considérait un examen spécial comme tout à fait nécessaire. Après m'avoir entretenu assez longuement de ses misères, alors que, déjà, sur certains renseignements que j'avais

obtenus (ébranlement des dents, chute spontanée de plusieurs dents non cariées, névralgies intercostales tenaces), je soupçonnais que ses souffrances pouvaient dépendre d'une cause générale, elle me dit tout à coup : « Monsieur, franchement, je vous croyais plus âgé, vos cheveux sont beaucoup trop noirs. Je suis certaine qu'un examen spécial est indispensable, et je vous avoue que je préfère que cet examen soit fait par quelqu'un qui les aurait un peu plus blancs. Toutefois, pour vous témoigner ma confiance, je vous prie de m'indiquer un consultant d'un autre âge, je n'en verrai pas d'autre » ; d'abord un peu surpris de cette déclaration qui aurait pu être moins tardive, je m'appliquai néanmoins à lui indiquer un médecin des hôpitaux réunissant les qualités exigées : compétence et âge. A quelque temps de là, je voyais revenir cette dame qui, dès l'entrée, me dit : « Docteur, il me semble que vos cheveux ont grisonné, et, décidément, je viens vous consulter. » J'appris alors, qu'elle avait consulté le maître indiqué, que l'examen spécial n'avait rien révélé, et qu'un traitement local, dont l'ordonnance très minutieusement libellée me fut montrée, n'avait amené, après plus d'un mois, aucun soulagement, loin de là; que le prurit était encore plus intolérable.

Reprenant alors l'interrogatoire, et retrouvant les anamnestiques importants signalés plus haut, je crus pouvoir dire à la dame, bien que les symptômes capitaux du diabète fissent défaut, « l'examen qui me paraît urgent, c'est celui de vos urines ». Et cet examen, qui fut fait au laboratoire de M. Mercier, y révéla une forte proportion de sucre. Sous l'influence d'un régime approprié, et avec un traitement local des plus anodins, le prurit disparut complètement et tôt. Il faut donc se souvenir du prurit, expression symptomatique d'une affection générale de l'organisme et traiter cette affection.

Bien entendu, quelle que soit l'idée que l'on peut se faire, d'après les résultats de l'interrogatoire, de l'intervention d'une cause générale, il faut bien se garder de négliger

l'examen génital. Or, en certains cas, cet examen révèlera des conditions pathologiques nettes, plus ou moins localisées dans la région siège du prurit, conditions parfaitement capables de tenir le prurit sous sa dépendance, et qu'il faudra traiter (herpès, leucoplasie, vaginite, métrite, cancer de l utérus). Toutefois, dans l'appréciation de ces conditions pathologiques, on devra aussi s'efforcer de ne pas prendre pour primitives des lésions simplement de grattage, post-prurigineuses.

Dans d'autres cas, enfin, l'examen, aussi bien général que spécial, ne permet de relever aucune condition pathologique à laquelle il soit possible de subordonner le symptôme morbide, et, dans ce cas, on dit qu'il s'agit du *prurit essentiel, idiopathique,* que certains auteurs ont été conduits à faire dépendre d'une *cause centrale.*

Traitement. — En dehors des cas où une médication générale, un régime diététique rigoureux sont indiqués (arthritis, neurasthénie, diabète, albuminurie, etc.), de ceux, où de la constatation d'un processus local net, découle aussi une thérapeutique bien déterminée, et, même souvent dans ceux-là, on pourra obtenir des résultats satisfaisants avec les traitements locaux suivants :

Lotions très chaudes (45° à 50°) avec une solution phéniquée variant de 1 à 2 p. 100; lotions très froides (à 5°) avec la même solution. Brocq a indiqué récemment contre le prurit du scrotum la formule suivante:

Acide phénique	20 grammes.
Glycérine	75 —
Alcool simple	25 —
Eau distillée	300 —

Une à quatre cuillerées pour un verre d'eau aussi chaude que possible. De plus, deux fois par jour, en cas de crises régulières, un demi-gramme d'antipyrine. Cette médication pourra être utilement instituée contre le prurit de la vulve.

Lotions avec une solution mercurielle. Le professeur Tar-

nier indique une formule qui presque constamment lui aurait donné de très bons résultats.

Bichlorure de mercure..................	2 grammes.
Alcool.................................	10 —
Eau de roses...........................	40 —
Eau distillée..........................	450 —

« Ce liquide est employé pur, en lotions que l'on répète matin et soir de la manière suivante : Après avoir fait un lavage avec de l'eau tiède ordinaire, pour débarrasser la vulve des mucosités qui la recouvrent, et après avoir bien essuyé les parties avec un linge fin, les malades imbibent une petite éponge avec quelques grammes du liquide médicamenteux et la promènent rapidement sur toute la surface des organes qui sont le siège de la démangeaison, de manière à les bien humecter. Presque toujours une cuisson, une sensation de brûlure assez forte est produite par l'application de ce médicament, et pour se soulager, les malades devront se laver pendant quelques minutes avec de l'eau fraîche. Les lotions deviennent rapidemeut de moins en moins douloureuses. La guérison est ordinairement rapide » (1).

Lotions très chaudes avec de la décoction de guimauve et de pavot, de feuilles de coca; lotions avec de l'eau bouillie additionnée de coaltar saponiné, d'acide tartrique, salicylique, acétique (vinaigre), d'eau de Cologne, essence de menthe, menthol, naphtol, cocaïne, chloral; d'alcalins (borate, bicarbonate, salicylate de soude, etc.).

Applications de pommades, d'emplâtres avec une des substances suivantes : résorcine, menthol, acide phénique, naphtol, ichtyol, gaïacol, cocaïne, etc.

Traitement électrique. Courant galvanique (Cholmogoroff et v. Campe); effluve électrique de 10 à 15 minutes (Leloir).

Mais il se rencontre des cas dans lesquels tous ces traitements échouent et où, devant la violence des douleurs, on

(1) *Traité de l'Art des accouchements*, t. II, p 196.

s'est décidé à intervenir chirurgicalement, scarifications, sections nerveuses, et résections plus ou moins larges des tissus siège du prurit (Schroeder, Löhlein, Küstner, Carrard, Welster, etc.). Auvard, dans son manuel récent de thérapeutique gynécologique, dit qu'il a traité, chirurgicalement, deux cas de prurit rebelle chez deux femmes arrivées à l'âge de la ménopause, avec plein succès chez l'une, mais avec une amélioration de seulement quelques semaines chez la seconde, et réapparition complète des accidents primitifs. Aussi conseille-t-il de ne voir dans le traitement chirurgical qu'une ressource extrême contre les cas exceptionnellement rebelles.

***

Voilà à peu près le bilan de ce qui a été conseillé contre cette affection parfois si intolérable qu'elle va jusqu'à engendrer des idées de suicide. Or, peut-on obtenir des résultats meilleurs et instituer une thérapeutique plus généralement efficace, c'est ce qu'affirme un gynécologiste allemand, P. Ruge, dont nous allons maintenant, à cause de son importance pratique, reproduire la communication à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin, communication qui, du reste. fut appuyée par plusieurs de ses collègues au cours de la discussion à laquelle elle donna lieu. Voici cette communication (1) :

« C'est la conviction où je suis que, *dans presque tous les cas* de prurit vulvaire, on peut obtenir la guérison, et, dès le début du traitement, un soulagement immédiat, qui m'a engagé à traiter de ce sujet. La méthode qu'il s'agit d'appliquer est très simple, on y a recours dans d'autres circonstances, mais jusqu'ici, on ne l'a pas appliquée au traitement du prurit de la vulve. En 1852, C. Mayer, sollicité par Körte, s'occupa de cette question, invoqua comme étiologie l'onanisme, l'occlusion de l'hymen, « l'irritabilité des parties génitales »,

(1) *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIV, Hft. 2, p. 355.

préconisa les solutions créosotées, et, quant au pronostic, émit l'avis, réédité par la plupart des auteurs, qu'il laissait énormément à désirer. En 1884, Schröder reprit la question. Mais il se borna à rapporter quatre cas de prurit circonscrit dans lesquels il procura la guérison par l'excision des parties atteintes de prurit. En 1891, Olshausen s'en occupa aussi à l'occasion de son travail : « *Les névroses des organes génitaux* ». Il distingua le prurit en *a*) prurit *symptomatique*, et *b*) p. *essentiel*, rangeant cette seconde variété parmi les *névroses vraies* (tous les cas de prurit, dans lesquels on ne constate, comme moments étiologiques, ni affections générales ni processus locaux). Sous le rapport du traitement, Olshausen souligna que, dans ces cas, seuls les agents capables de produire une certaine irritation de la peau peuvent amener la guérison (solution de nitrate d'argent jusqu'à 20 p. 100, acide phénique) ; que, comme sédatif, on pouvait recourir à la cocaïne. Au cours de la discussion, Jacquet signala les bons effets du sublimé, Gusserow ceux de l'alun et du chloroforme. A la Société de Hambourg, Seeligmann, traitant du même sujet, exprima l'idée, contrairement à l'opinion d'Olshausen, que l'affection était de nature microparasitaire. En 1893, le 16 octobre, Sänger, à la Société de Leipzig, aborda le thème de l'étiologie et du traitement chirurgical de la *vulvite prurigineuse*.

D'après lui, les causes en sont multiples, mais, presque toujours, et pour les formes sévères sans exception, elles sont d'ordre exogène. Il n'a jamais rencontré un cas de prurit tenace sans affection cutanée concomitante. Il ne peut pas admettre l'existence d'un prurit essentiel ; pour lui, il y a toujours maladie locale, primitive de la vulve, qui, secondairement, affecte les terminaisons nerveuses. Il constata que, dans la plupart des cas de vulvite prurigineuse, il réussit, par le traitement direct, externe, à obtenir la guérison et conclut que, dans les quelques cas rebelles, il n'y a pas d'autre ressource que de réséquer des portions plus ou moins étendues de la région.

De cet historique, il ressort que, sous le rapport de l'étiologie et du traitement, la question du prurit vulvaire n'a pas reçu de solution définitive. Chacun apporte des notions nouvelles qui tantôt sont en contradiction avec les anciennes, et tantôt les complètent. Mêmes discordances dans la littérature que dans les discussions. Je citerai d'abord B. S. Schultze (Iéna) qui, à l'occasion du travail de Sänger, déclara dans le n° 14 du *Cent. f. Gyn.*, « qu'il est des cas dans lesquels la vulve est intacte, qu'il en est d'autres où la cause du prurit reste introuvable. Comme exemples de cas de prurit où la vulve est intacte, il cita les deux suivants : 1° dans l'un, la sensation prurigineuse était éveillée quand on touchait l'endométrium avec le cathéter; 2° dans l'autre, il était sous la dépendance d'un catarrhe de l'utérus. Le prurit, dans les deux cas, fut guéri par un traitement dirigé contre l'endométrium. Charles West (*Maladies des femmes*. 1860) admet des causes locales. Il faut chercher ces causes, les combattre, et, très souvent, on guérira ainsi les malades. Il relate un cas où, après guérison d'érosions étendues, il vit cesser le prurit, et il pense que les érosions en étaient la cause. Viennent ensuite Cholmogoroff et Campe qui guérissent le prurit par le traitement galvanique, et qui, en conséquence, le tiennent pour une affection de nature essentiellement nerveuse. D'autre part, Ferner arrive à cette conclusion que le prurit correspond à une sclérose fibreuse, lente, progressive des nerfs, et conseille l'extirpation, après détermination minutieuse des parties malades. Jacobs, indépendamment des causes locales, admet des troubles centraux. Enfin, Fritsch incline également à admettre, dans certains cas, comme cause du prurit, une névrose spéciale, que, d'ailleurs, il n'a observée que chez les femmes âgées ».

« Le prurit, comme vous le savez, est une des affections les plus pénibles. Les malades en sont très éprouvées ; elles n'ont de repos ni nuit, ni jour. Très souvent, comme le dit Charles West, c'est l'entrée au lit qui donne comme le signal de la démangeaison. Ces malades sont inaptes aux relations

sociales ; « *elles sont en quelque sorte*, suivant l'expression de Martin, *comme retirées de la circulation* ».

« Je ne nie pas qu'il puisse exister des cas de prurit purement nerveux. Mais, sur un nombre déjà assez élevé, je n'en ai jamais rencontré un, formel, de cet ordre. *Tous les cas que j'ai vus étaient sous la dépendance d'une irritation locale provoquée par des affections de la vulve, du vagin, de la portion vaginale du col, peut-être du col, et je pense qu'il ne peut être, ici, question que d'une irritation chimique ou bactériologique, bien que, jusqu'à ce jour, on n'ait pas réussi à démontrer la présence de bactéries spécifiques.*

A mon avis, il s'agit donc d'effets d'une irritation locale et si cette manière de voir est exacte, il me semble qu'on aurait dû obtenir des résultats thérapeutiques plus satisfaisants. Or, de tous côtés, on parle de l'incertitude, de l'insuffisance de ces résultats. C'est que, d'après moi, le principe essentiel du traitement local a été négligé, *le nettoyage à fond de la région*. A la vérité, Thomas, Fritsch, etc., ont conseillé de procéder à ce nettoyage, mais ils n'en ont indiqué ni le principe ni l'exécution. *Il doit être réalisé aussi rigoureusement qu'avant toute opération vaginale.* Il faut laver, savonner, désinfecter avec le sublimé : vulve, vagin, col, aussi loin que le doigt peut atteindre. Il faut laver jusqu'à ce qu'on ait la conviction qu'il ne reste plus de germes pathogènes. En terminant, on peut oindre la vulve avec de la vaseline phéniquée à 3, 4 p. 100. Pour opérer le nettoyage, pas de brosses, pas d'instruments qui pourraient produire de nouvelles lésions. Qu'on se serve des doigts. Et c'est le médecin, lui-même, qui doit opérer ce nettoyage à fond, et le refaire au bout de quelques jours, *Résultats, immédiat et définitif, sont la plupart du temps surprenants*. Les cas, des plus légers aux plus sévères, ceux compliqués d'ulcérations profondes, guérissent étonnamment. Depuis des années, je traite ainsi, systématiquement, tous les cas de prurit, qu'ils soient ou non accompagnés de leucorrhée, et je puis seulement affirmer que le

résultat, qu'il s'agisse de femmes âgées ou gravides, a été tout à fait extraordinaire. Mais j'attache une très grande importance à ce que cette méthode thérapeutique, non très agréable, soit appliquée par une main intelligente. »

Comme on le voit, P. Ruge est très affirmatif, et ses affirmations, comme nous le disions plus haut, ont été corroborées par plusieurs de ses collègues (Martin, Flaischlen, Bodenstein). Il y a donc lieu d'expérimenter soigneusement sa méthode, souhaitant que les résultats soient aussi heureux à nos malades qu'aux siens.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séances du 12 *novembre et du* 10 *décembre* 1896.

M. PICHEVIN : **Des indications des tiges intra-utérines.** — Mœller (1803), Osiander (1808), Amussat (1826), Velpeau (1830), Simpson (1843), Valleix et Kiwich, à peu près à la même époque, se sont servis de pessaires intra-utérins. L'on en a construit de toute forme ; l'on s'est servi du caoutchouc, de l'acier, de l'ivoire, de métaux divers.

Dans la majorité des cas, on a appliqué ces instruments pour remédier à la dysménorrhée et à la stérilité accompagnées d'antéflexion. Mais il est difficile de fixer le degré d'antéflexion normale. Au-dessus de 135°, l'angle n'est pas physiologique, d'après Wylie. Fritsch a baissé ce chiffre à 90° et Schultze à 48°. De plus, l'angle de flexion peut être très aigu, sans qu'il y ait aucun symptôme. Il ne faut donc pas identifier la situation non physiologique, anormale, de l'utérus, avec l'état morbide.

Pourquoi des flexions peu marquées sont-elles accompagnées de dysménorrhée et de stérilité ? C'est que dans la dysménorrhée, l'élément douleur est sous la dépendance de l'endométrite, surtout, et accessoirement d'un état phlegmasique des organes et des tissus situés autour de l'utérus. Quant à la stérilité, ses causes sont multiples et variables (aplasie des organes génitaux, etc.), mais souvent elle est due, non pas tant à la flexion qu'à l'endo-

métrite (chute de l'épithélium vibratile qui est remplacé par l'épithélium plat, lésions glandulaires, altérations des sécrétions utérines, etc.). Dans le traitement, l'*acte fondamental* doit avoir pour objectif, la modification à imprimer aux tissus utérins ; l'acte *complémentaire* aura pour but de maintenir le redressement utérin. Il y aura donc lieu de faire une thérapeutique intra-utérine, d'assurer la rénovation de la muqueuse, de pratiquer ici une stomatoplastie, là une amputation du col. D'autre part, on s'opposera aux troubles de canalisation, à l'aide des tiges.

Indications : Rétrécissements cicatriciels du canal cervico-utérin ; stérilité et dysménorrhée avec orifice interne douloureux et antéflexion marquée. *Contre-indications*: Dysménorrhée avec canal utérin normal ; métrite aiguë ou subaiguë et paramétrite ; inflammation annexielle récente, enfin grossesse.

On obtiendra des succès, si l'on n'oublie pas certains préceptes : 1° ne jamais les employer en cas d'endométrite aiguë ou subaiguë, ou d'inflammation récente péri-utérine ; 2° la tige doit être plus courte que la cavité utérine et ne pas dépasser l'orifice externe ; 3° ne se servir que d'instruments aseptiques, lisses, sans ressorts, se fixant au col ; 4° mettre la tige au domicile de la malade et après anesthésie ; 5° repos au lit et éviter tout effort pendant quelques jours ; 6° surveiller la malade qui porte une tige intra-utérine, car comme Goodel l'écrivait avec humour : « Ces instruments sont bons, très bons... à être surveillés. »

Discussion. — M. CHARPENTIER fait remarquer qu'en dehors des affections utérines la stérilité est due cinq fois sur dix à ce fait que certaines femmes ne conservent pas dans le vagin le liquide fécondant qui y a été déposé.

On peut, dans ce cas, conseiller l'emploi d'un petit tampon d'ouate introduit à l'entrée du vagin aussitôt après le coït.

Il a employé avec beaucoup de succès les tiges intra-utérines.

M. PAUL PETIT : **Angio-sclérose et métrorrhagies rebelles.** — La pathogénie des métrorrhagies n'est pas encore complètement élucidée, Pendant longtemps on ne s'est attaché qu'aux lésions de la muqueuse et depuis peu on commence à entrevoir les lésions du parenchyme. Dans un cas où l'auteur dut faire une hystérectomie après avoir essayé en vain plusieurs curettages, on trouva à l'examen histologique : 1° du côté de la muqueuse, prolifération accentuée des glandes dont l'épithélium est d'aspect normal ;

ectasies capillaires et suffusions hémorrhagiques exactement limitées aux couches les plus superficielles ; 2° du côté des muscles, boyaux glandulaires très profonds, sclérose avec raréfaction très accentuée du tissu musculaire, oblitération ou rétrécissement des lumières vasculaires ; 3° atrophie scléreuse des trompes; 4° sclérose moins avancée des ovaires.

M. le Dr Delassus, de Lille : **Tumeur cæcale prise pour une annexite droite.** — Chez une femme, qui souffrait du ventre depuis un certain temps, et chez laquelle on sentait dans le cul-de-sac droit une tumeur mobile, grosse comme un œuf, douloureuse, simulant une salpingite avec mauvais état général et constipation opiniâtre, on trouva au cours de la parotomie un néoplasme du cæcum qu'il fut impossible d'opérer. La malade mourut quelques mois plus tard.

Le passé gynécologique de cette femme, qui avait, quelques mois auparavant, subi un curettage pour métrite, la latéralité de la lésion, sa sensibilité, son évolution lente avec le cortège du syndrome utérin, tout confirmait le diagnostic de collection tubaire, qui avait été porté par les différents médecins qui avaient examiné la malade.

M. Jouin : **De l'histothérapie appliquée aux maladies et aux troubles fonctionnels du système génital féminin, et particulièrement de la médication par le tissu ovarien.** — La médication thyroïdienne dans les affections utérines a été étudiée et exposée d'abord par le Dr Jouin ensuite par le Dr Hertogh, d'Anvers.

La médication ovarienne indiquée par Brown-Séquard a été, depuis lors, l'objet de nombreux travaux, et particulièrement d'une thèse de Lissac, des mémoires de Jayle et Touvenaint.

La médication par le suc ovarien convient aux états caractérisés à la fois par l'insuffisance du fonctionnement ovarien ou par l'exagération du travail de la thyroïde, ou simplement par l'un des deux éléments, comme on en observe par exemple après la castration, au moment de la ménopause, et dans certains cas d'atrophie génitale acquise ou spontanée.

La médication thyroïdienne convient, au contraire, aux états dus à l'hypothyroïdation ou à l'exagération des fonctions ovariennes ou à ces deux causes réunies. Les hémorrhagies utérines par exemple, et les fibromes relèvent de cette médication. Elle est bien réellement efficace, car elle supprime parfois les règles

chez les femmes obèses. L'auteur a même vu la suppression brusque des règles et une hématocèle péri-utérine suivre l'emploi inconsidéré de tablettes administrées à doses massives et au moment d'une hémorrhagie. Aussi en déconseille-t-il absolument l'usage pendant la menstruation.

V. DUJON : **Monstre double provenant d'une brebis**. *Sycéphalien synote.* — Le monstre est composé de 2 fœtus avec une seule tête, un seul tronc et 8 membres. Le bassin et les membres postérieurs de chaque fœtus sont indépendants. Il y a union au-dessus de l'ombilic. Il semble n'y avoir qu'un thorax, un cou et une tête. Le thorax est constitué par deux rachis placés latéralement, et deux sternums médians, l'un antérieur, l'autre postérieur; au thorax sont attachés 4 membres antérieurs normaux. Le cou est fait de 2 colonnes vertébrales qu'il est facile de sentir entre les doigts ; il se trouve à sa partie postérieure une dépression médiane et verticale. La tête est bien conformée ; mais elle présente en arrière une oreille double surnuméraire, dont les 2 pavillons sont soudés par leur base.

Il y a 2 circulations, 2 cœurs, 2 aortes, 2 cordons. Une anastomose transversale allant de l'aorte d'un côté à l'artère pulmonaire du côté opposé, fait communiquer les deux circulations. Il y a 2 trachées, 4 poumons.

Le tube digestif, unique dans sa moitié supérieure (pharynx, œsophage, 1re moitié de l'intestin grêle), est double dans le reste. Il y a 2 foies et 2 rates.

Au-dessous de la cavité crânienne, parfaitement développée, existe dans l'épaisseur des os, au niveau de l'oreille surnuméraire, une petite cavité kystique communiquant avec le pharynx et paraissant être les vestiges de la tête atrophiée.

M. NITOT présente **une curette géante** destinée au curage de l'utérus après l'accouchement.

Discussion. — M. BUDIN n'emploie plus le curage de l'utérus dans le post-partum ; il se contente du nettoyage digital et de l'écouvillonnage qui lui donne d'excellents résultats. M. CHARPENTIER, au contraire, se déclare partisan très convaincu du curettage, et du curettage précoce. C'est parce qu'on attend trop qu'on n'obtient pas de cette intervention qui, nécessairement, exige une main prudente et exercée, les excellents résultats qu'elle peut donner. Ne pas attendre que le processus infec-

tieux se soit généralisé, qu'il ait profondément altéré le tissu utérin auquel cas l'intervention devient aussi dangereuse qu'impuissante. En ce qui le concerne, il affirme n'avoir jamais eu à enregistrer des accidents au passif de la curette, et n'avoir eu du curettage que de bons résultats.

M. Lucas présente **un nouveau ballon destiné à dilater rapidement le col de l'utérus** dans les cas de résistance anormale de l'utérus à la provocation de l'accouchement.

Discussion. — M. Labusquière voudrait savoir si l'efficacité du ballon a déjà été confirmée par l'expérience clinique. Il se souvient d'une leçon du professeur Pajot, qui avait pour titre : *de l'inutilité des instruments spéciaux pour provoquer l'accouchement*, leçon faite après une série de cas dans lesquels la méthode de Kraüse avait constamment réussi. Or, ultérieurement à cette leçon, un fait dans lequel, non seulement la méthode de Kraüse mais les autres procédés connus se montrèrent très peu efficaces, vint modifier l'opinion du professeur. D'autre part, on voit d'après la communication du présentateur, que le ballon Champetier échoue aussi. Eh bien ! le nouveau ballon a-t-il plusieurs succès à son actif? M. Lucas répond qu'il n'a encore été employé que dans un cas. Budin fait certaines réserves au sujet de la tendance qui se manifeste à imaginer des instruments destinés à produire surtout la dilatation du col. La provocation de l'accouchement ne doit pas, en effet, viser seulement à dilater le col, mais aussi à provoquer les contractions du segment supérieur, du segment contractile de l'utérus. La question est loin d'être aussi simple qu'on semble le croire en général. D'ailleurs, il se propose de faire plus tard, avec planches à l'appui, une communication sur ce sujet complexe. Guéniot croit que le nouveau ballon, long et rigide quand il est disposé ponr être introduit, expose à la déchirure des membranes. Fournel estime que les ballons sont des moyens utiles pour la dilatation, mais que leur forme importe peu. Comme corps étranger le ballon provoque des contractions. Et, en le tirant par le vagin, on arrive à dilater le col, et cela que l'instrument soit rond, pointu ou carré.

M. Olivier lit un mémoire sur l'**emploi des injections de sérum artificiel au cours et à la suite des hémorrhagies post-partum**, dans lequel il s'efforce de démontrer qu'aujourd'hui l'accoucheur doit toujours avoir avec lui tout ce qui est nécessaire pour faire extem-

poranément une injection de sérum salin. Il établit tout d'abord que c'est à une solution de chlorure de sodium à l'exclusion de toute autre qu'il faut avoir recours et que le titre de cette solution, conformément aux conclusions de Malassez, doit être de 10 p. 1000. Quant à la voie à emprunter, elle variera avec les cas. Dans les cas d'hémorrhagie grave mettant la femme en danger de mort, c'est à l'injection intra-veineuse qu'il faut avoir recours ; dans le cas où l'urgence est moindre, on fera l'injection sous-cutanée. Mais, pour faire ces injections, il faut des instruments. Molinier a fait construire, par M. Gentile, une trousse d'urgence qui comprend un siphon muni de canules spéciales pour l'injection intra-veineuse ; une seringue présentant une disposition particulière permettant d'injecter dans le tissu cellulaire le sérum salin sans aucun effort et rapidement; enfin une boîte métallique garnie de feutre intérieurement et contenant un flacon de sérum salin. L'accoucheur ainsi pourvu pourra de la sorte parer rapidement aux conséquences des hémorrhagies.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bois (E.). The differential diagnosis of shock, hæmorrhage and Sepsis. *Aunals of Gyn. a. Pæd.*, novembre 1896, p. 77. — **Bottermund.** Ueber die Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zu den oberen Luftwegen. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 5, p. 436. — **Bouilly**. De l'ascite des jeunes filles. *La Semaine gynécologique*, Paris, 22 décembre 1896, p. 369. — **Bassi**. A proposito dei rapporti fra ovulazione e menstruazione. — *Annali di Ost. e Ginec.*, 1896, p. 688. — **Brothers**. Reports of some interesting cases (impacted pessary, vaginal, section with hemorrhage, cesarean section). *Amer. J. of Obstetrics*, N. Y., 1896, II, 525. — **Bruno T. Carreiro**. Pseudo-hermaphrodismo androgynoide, ou um caso de supposta hernia inguinal do ovario. *O Correio medico de Lisboa*, octobre 1896, p. 149. — **Clarek (Augustus P.)**. The relation of malignant disease of the adnexa to the primary invasion of the utérus. *Amer. J. of Obstetrics*, N. Y., 1896, II, 520. — **Cogrel**. *L'hystéroscopie*. Th. de Paris, 1896-1897, n° 8. — **Curatulo e Tarulli**. Sully secrezione interna della ovaia. *Annalie di Ost. e. Gin.*, octobre 1896, p. 737. — **David Tod Gilliam**. Oophorectomy for the insanity and épilepsy of the female. *Amer. J. of Obstetrics*, N. Y., 1896, II, 555 . — **Doléris et Pichevin**. Asepsie et antisepsie. *La Semaine gynécologique*, Paris, 22 décembre 1896, p. 370. — **Doléris et Pichevin**. Valeur séméiologique de la douleur. *La Gynécologie*, 15 déc. 1896, p. 533. — **Edge**. A case of uterus bicornis septus. *British Med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II p. 1299. — **Espinal**. *Contribution à l'étude des irido-choroïdites métritiques*. Th. de Paris, 1896. —

Isidor Fisher. Ueber Genitalatrophie bei inneren Erkrankungen. *Wiener Mediz. Presse,* 1896, nº 27, p, 890. — **Keiffer.** Contribution à l'anatomie comparée de l'utérus. *Bull. Soc. belge de Gyn. et d'Obst.* 1896, nº 10, p. 216. — **Keiffer.** Quelques accidents consécutifs à l'ablation des annexes. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 9, p. 188. — **Lissac.** Troubles consécutifs à la castration chez la femme et l'opothérapie ovarienne. *Gazette hebdomadaire,* Paris, 15 novembre 1896. p. 1093. — **Mandl.** Beitrag zur Frage des Verhaltens der Uterusmucosa wahrend der Menstruation. *Arch. f. Gyn.* Bd. LII, Hft. III, p. 557. — **Moore (James E.)** Nimphomania cured by hysterectomy. *Amer. J. of Obstetrics,* N.-Y., 1896, II, 554. — **Rochet.** Quelques observations gynécologiques (absence d'utérus ; rétroversion adhérente et hystérectomie ; fibromes multiples de l'utérus ; Salpingite bilatérale, rétroversion adhérente, kyste dermoïde de l'ovaire, hystéro-ovariotomie; kyste ovarique à pédicule tordu, laparotomie); rétention placentaire, curettage, parotidite, infection, etc.). *Bull. Soc. belge d'Obst. et de Gyn.*, 1896, nº 10, p. 204. — **Rohé (G.).** Some causes of Insanity in women. *Am. J. of Obst,*, décembre 1896, p. 801. — **Shaw-Mackensie.** Syphilis in Married Women. *The Lancet,* décembre 1896, p. 1595. — **Sieur.** Des opérations pratiquées par la voie sacrée. *Archives provinciales de chirurgie,* Paris, 1er novembre 1896, p. 670. — **Stansbury Sutton.** Pregnancy complicating operations in the uterus and its appendages. *Medic. Record,* N.-Y., 1896, II, 511. — **Villa.** I vizi di sviluppo dell'utero dal punto di vista ostetrico e ginecol. *Annali di Ost. e Ginec.*, octobre 1896, p. 821.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Bonnet-Blanc.** *Indications du curettage,* Th. de Paris, 1896. — **Brœse.** Zur intrauterinen Therapie. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 6 p. 570. — **Kolmeier.** Zur intrauterinen Therapie. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, t. IV, 1896, p. 301. — **Kahn.** Die Therapeutische Anwendung des Dampfes gegen Endometritis puerperalis. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 49, p. 1233. — **Levy.** Sur les pessaires intra-utérins. *La Semaine gynécologique.* Paris, 1 décembre 1896, p. 346. — **Pichevin.** Des indications des tiges intra-utérines. *La Semaine gynécologique,* p, 329. — **Sænger.** Zur intra-uterinen Anwendung von Chlorzink. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 6, p. 575.

VULVE ET VAGIN. — **Dominé.** *Étude critique sur le traitement de la blennorrhagie uréthrale chez la femme.* Th. Paris, 1896. — **Gordon.** Gonorrhæa in women. *Medical Record;* New-York, 21 novembre 1896, p. 740. — **Horn.** Zur Kenntnis primærer Scheidensarcome bei Erwachsenen. *Monatssch f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 5, p. 409. — **John Phillips.** Anterior colpotomy. *Transactions of the obstetrical Society of London,* vol. XXXVIII, juin et juillet 1896, p. 213. — **Keiffer.** Sur le développement embryonnaire du vagin et la vulvo-vaginite des petites filles. *Bull. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 10, p. 218. — **Mc Cann.** The ætiology of gonorrhœa. *Transactions of the obstetrical Society of London,* vol. XXXVIII, juin et juillet 1896. — **Steffeck.** The vaginalen Cœliotomie. *Berlin. klin. Woch.*, 1896, p. 978. — **Tate.** Pudendal hematocele. *Cincinnati Lancet-Clin.*, 1896, II, 397. — **Vésuiat.** *De la blennorrhagie ascendante chez la femme.* Th. Paris, 1896.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Buschbeck.** Zur operativen Behandlung der Retro-

flexio uteri. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LII, Hft. III, p. 453. — **Byford (H.).** Vaginal Section for the Cure of Retroversion of the Uterus. *Med. News*, octobre 1896, p. 489. — **Fisher.** Clinical observation on ventrofixation of the uterus. *The American gynæcological and obstetrical Journal*; New-York, novembre 1896. p. 552. — **Frank W. Talley.** The proper position in Cœlio-hysteropexy in gynecology. *The Philadelphia polyclinic*, 7 novembre 1896, vol. V, p. 441. — **Gaches-Sarraute.** Le corset abdominal ; ses avantages dans les ptoses des viscères abdominaux, dans les hernies ombilicales, les éventrations de la ligne blanche et les déplacements de l'utérus. *La Tribune méd.*, décembre 1896, p. 1007. — **Helms (A.).** A case of so called prolapsus Uteri (cervical hypertrophy) in a virgin treated surgically after a New Method. *British med. J.*, décembre 1896, p. 1822. — **Henrotay.** Inversion utérine. *Bulletin Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 10, p. 229. — **Howard A. Kelly.** Treatment of Backward Displacement of the Uterus. *The Am. Journ. of Med. Sciences*, décembre 1896, p. 629. — **James Ross.** Unnecessary and Unnatural Fixation of the Uterus and its Results. *Am. J. of Obst.*, décembre 1896, p. 812. — **Jacobs.** Trachélopexie et colpopexie ligamentaire. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 9, p. 189. — **José Godinho.** Sur les traitements des rétro-déviations utérines. *La Gynécologie*, 1896, p. 550. — **Legueu.** Modification à la pose des fils dans l'hystéropexie abdominale. *La Semaine gynécologique*, p. 321. — **Machenrodt.** Die Vesicofixatio uteri. *Berl. klin. Wochensch.*, décembre 1896, n° 49, p. 1081. — **Pecker.** Quelques considérations sur les antédéviations utérines. *Archives provinciales de chirurgie*, Paris, 1er novembre 1896, p. 708. — **Steinthel.** Die operative Behandlung der Retroflexio uteri und die Alexander-Adam'sche operation. *Deutsche med. Woch.*, 26 novembre 1896, p. 773.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Baldwin.** Amenorrhea Due to complete Occlusion of os uteri Following Labor. *Med. News*, novembre 1896, p. 553. — **Blanc.** Trois observations de métrites virginales guéries par le curettage. *La Loire médicale*, décembre 1896, p. 287. — **Bonnifield.** The Use of the Curette in the Treatment of Endometritis. *Med. Standard*, décembre 1896, p. 397. — **Bowreman Jesset.** On Early Diagnosis of Malignant Disease of the Body of the Uterus and its Treatment by operation, illustrated by the results of seventy cases and numerous specimens. *The British gyn. J.*, novembre 1896, p. 327. — **Brettaner (Joseph).** Chronic endometritis. *Med. Rec.*, N. Y. 1896, II, 553. — A discussion on dysmenorrhea. *Brit. medic.-Journ.* octobre 1896. p. 1191. — **Cameron, etc.** A discussion on dysmenorrhæa. *British med. Journal*, Londres, 25 octobre 1896, t. II, p. 1182. — **Christopher Martin.** On hæmatometra and pyometra. *British. med. Journal*; Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1289. — **Erk.** Subin-volution. *The Philadelphia Polyclinic*, 1896, n° 47, p. 461. — **Fothergill.** On the Use of Senecio in Disorders of Menstruation. *The med. Chronicle*, novembre 1896, p. 81. — **Frœlich.** Ménorrhagies des petites filles par hypertrophie du col utérin. *Revue médicale de l'Est*, 15 novembre 1896, p. 709. — **Goelet (Augustin H.).** Senile endometritis and vaginitis. *Medic. Record*, N.-Y. 1896, II, 551. — **Hurtand.** *Des règles supplémentaires et déviées.* Th. de Paris, 1896-1897, n° 12. — **Macnaughton Jones.** Chronic Suppurative Endometritis with Salpingitis, cured by Curettage, Chromic Acid und Iodoform, Drainage of Uterus. *The British med. J.*, novembre 1896, p. 319. — **Popelin.** Un cas

d'hyperinvolution utérine ayant déterminé la disparition de la cavité utérine. *Bull. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 10, p. 228. — **Richard**. *Contribution à l'étude des métrites séniles*, Th. de Paris, 1896-1897, n° 50. — **Smith**. Des principales causes d'insuccès dans l'opération qui a pour but la suture du col utérin. *L'Union méd. du Canada*, décembre 1896, p. 715.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Arthur Helme**. The technique of the vaginal total extirpation with notes of ten cases. *British Med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1297. — **Baker (H.)**. Multiple Fibroids of the Uterus complicated with broad Ligament Cyst of Left Side and numerous Thin Fibrous Sacs filled with Clear Fluid, apparently Free in the Lower Peritoneal Cavity. *The Boston med. a. Surg. J.*, décembre 1896, p. 567. — **Bellin**. *Contribution à l'étude des rapports entre la môle hydatiforme et le déciduome malin*. Th. Paris, 1896. — **Byron Robinson**. The extra-peritoneal treatment of the stump in abdominal hysterectomy. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, novembre 1896, p. 586. — **Champion**. *Traitement palliatif du cancer utérin inopérable*, Th. de Paris 1896-1897, n° 10. — **Clarel**. *Des tumeurs kystiques intra-pelriennes secondaires à l'hystérectomie vaginale*. Th. Paris, 1896. — **Clivio**. Contributo al trattamento retroperitoneale del pedunculo e all'uso del laccio elastico nelle miomotomie. *Annali di Ost. e Gin.*, novembre 1896, p. 825. — **Delagénière**. Hystérectomie abdominale totale pour fibro-myômes, 3 série de 10 nouveaux cas. *Archives provinciales de chirurgie*, Paris 1er novembre 1896, p. 653. — **Desguin**. Technique de l'hysterectomie vaginale. — Procédé pour reconnaître la limite inférieure de la vessie et pour déplacer cette limite en l'éloignant du champ opératoire. *Bulletin Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1896, p. 161. — **Donald**. Intra-peritoneal hysterectomy and hysterectomy by the combined method for fibroïds tumeurs of cases. *British Med. Journal*, London, 24 octobre 1896, t. II, p. 1184. — **Dorff**. A propos des indications opératoires du fibrome utérin. *Bullet. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 10 p. 201. — **Dührssen**. Ueber die Behandlung der Uterus carcinom mit Extractum herbarum Chelidoini majoris, nebst Bemerkungen ueber das sogenannte Heilsystem glünicke. *Deutsche med. Woch.*, 3 décembre 1896, p. 787. — **Durante**. Du déciduome malin ou épithélioma ecto-placentaire. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1896, n° 11, p. 615. — **Faure**. Nouveau procédé d'hystérectomie vaginale. *Presse médicale*, 24 octobre 1896. — **Fernand Monod**. Fibromes utérins et utérus gravide. *Bulletin Soc. anat.*, 1896, p. 740. — **Flesch**. Ein Fall von Uterussarkom. *Berliner klin. Wochensch.* 1896, n° 51, p. 1131. — **Guillaume**. Grossesse compliquée de fibrome. Hystérectonie. Pièce anatomique. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 9, p. 192. — **Hofmeier**. Ueber die Beziehungen zwischen Myom und Stérilität. *Berlin, klin. Woch*, 1896, p. 949. — Intraperitoneal hysterectomy and hysteropexy by the combined method of fibroid tumours of the uterus. *British Médic. Journ.*, octobre 1896, p. 1184. — **Inglis Parsom**. A case of malignant adenoma of uterus. *Bristish. Med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1288. — **Jacobs**. Fibrome utérin volumineux. Pyosalpinx bilatéral, abcès de l'ovaire droit. Torsion complète de la trompe gauche sur son axe. *Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1896, n° 8, p. 157. — **Jacobs**. Grossesse extra-utérine de cinq mois. Castration totale abdominale. Guérison. *Bulletin de la Soc. Belge de Gyné-*

cologie et d'Obstétrique, 1896, p. 159. — **Julia Cock**. A case of Deciduoma malignum with an Account of the post-mortem Examination and Microscopic Appearances. *Bristish med. J.*, décembre 1896, p. 1819. — **Le Bec**. Total hysterectomy for large fibroids, new method. *British. Med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1293. — **Leopold**. Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Totalexstirpation. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hf. III, p. 497. — **Léopold**. Zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus u der Adnexe wegen schwerer chronischer Erkrankungen derselben. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. III, p. 523. — **Macnaughton Jones**. A clinical and Pathological summary of Deciduoma malignum. *The Bristish m. J.*, novembre 1896, p. 350. — **Macnaughton Jones**. Severe Hœmorrhage from Uterine Fibroid, Oophorectomay, Persistent Menstruation with Relief of Hemorrhage. *The Bristish med. J.*, novembre 1896, p. 314. — **Macpherson Lawrie**. Total extirpation of the uterus with six cases. *British med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1278. — **Mermet**. Fibro-myôme utérin sous-péritonéal télangiectasique. Hydrosalpinx secondaire et gigantisme annexiel. *Société anat.*, 1896, p. 541. — **Nelson**. A plea for abdominal hysterectomy. *The American gynæcolog. and obstetrical Journal*, New-York, novembre 1896, p. 520. — **Niebergall**. Ueber Impfmetastase eines Carcinoma corporis uteri am Scheideneingange. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. III, p. 491. — **Pauchet**. *Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus; résultats éloignés et comparés.* Th. de Paris, 1896. — **Perkins**. Report of three cases of hysterectomy. *Med. News*, N.-Y., 1896, II, 399. — **Pigeonnat**. *Contribution à la thérapeutique chirurgicale des gros fibromes utérins; hystrectomie abdominale, méthode intrapéritonéale.* Th. de Paris, 1896,— **Remfry**. Microscopical sections of uterus showing chorionic Villi and Doubtful sarcoma. *Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XXXVII, juin et juillet 1896. — **Roger Williams**. The clinical features of uterine cancer. *The Lancet*, Londres, 17 octobre 1896, t. II, p. 1074. — **Russell**. The operative Significance of Metastases and Post-operative Recurrences in Carcinoma of the Uterus. *Am. J. Obst.*, décembre 1896, 851. — **Rosenwasser**. Report of Three Cases of uterine Fibroids complicated by Pregnancy. *Am. J. Obst.*, décembre 1896, p. 867. — **Rutherford Morison**. Notes on three cases of fibroid Tumours of the uterus complicated by Pregnancy and treated by operation. *The British Gyn. J.*, novembre 1886, p. 365. — **Saulmann**. Hystérectomie abdominale totale. Pièce anatomique. *Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 9, p. 195. — **Shnvood Dunn**. Vaginal hysterectomy by the clamp method. *Amer. J. of Obstetrics*, N.-Y., 1896, II, p. 509. — **Sippel (A.)**. Die Operationen zur Fixation der Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 47, p. 1185. — **Snegnireff**. 83 Fälle von Myom; hysterectomia abdominalis nach modifizierten Doyen'schen Verfahren. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 6, p. 525. — **Stone**. Report of a case of malignant uterine tumor treated by the toxine of erysipelas and bacillus prodigiosus. *Medical Record*, New-York, 21 novembre 1896, p. 746. — **Vanderveer**. Uterine Fibroids complicated by Pregnancy. *Med. News*, décembre 1896, p. 659. — **Wallace**. Notes on evolution of treatment of uterine fibroïds in theThornton Ward. *British med. Journal*, 31 octobre 1896, t. II, 1284.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS.—**Dunning**. Shall hyste-

rectomy be performed in inflammatory diseases of the pelvic organs. *Amer. J. of Obstetrics*, N.-Y., 1896, II. 498. — **Jacobs.** Paramétrite suppurée. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1895. n° 9, p. 187. — **Macnaughton Jones.** Ovaries and Tubes Removed for Persistent oophoralgia. Cystic Degeneration of ovaries. Abnormal Fallopian Tubes, with Irregular ostia. *The British med. J.*, novembre 1896, p. 311. — **Grant Baldwin.** The symptoms and diagnostic of salpingitis. *The American gynæcological and obstetrical Journal*. New-York. novembre, 1896, p. 581. — **Griffiths.** A case of true hæmatosalpinx. Laparotomy, Recovery. *British med. J.*, décembre 1896, p. 1824. — **Prédhomme.** *De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes aiguës.* Th. Paris, 1896. — **Rufus B. Hall.** The Most patent cases of Pelvic Inflammation. *Am. Journ. of Obst.*, décembre, 1896, p. 834. — **Stuart Nairne.** The diagnosis of early ovarian and tubal disease. *British med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II. p. 1292. — **Thorn.** Haematosalpinx profluens. *Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 1103. — **Vineberg.** Acute catarrhal salpingitis : its ressemblance to appendicitis. *Medical Record ;* New-York, 21 novembre 1896, p. 735.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, OVARIOTOMIE. — **Alban Doran.** Cases of fibroma of the ovary und ovarian ligament removed by operation. *Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XXXVIII, juin et juillet 1896, p. 187. — **Amant Routh.** Hydrosalpinx and small ovarian Cyst removed by anterior colpotomy. *Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XXXVIII, juin et juillet 1896, p. 185. — **Aubeau.** De la castration chez la femme, considérations générales. *Bulletin de la Polycl. de l'hôpital international*, octobre 1896, p. 289. — **Bilhaut.** Deux observations de kystes de l'ovaire avec torsion du pédicule. *L'Actualité médicale*, décembre 1896, p 178. — **Chas. A.-L.-Reed.** The diagnosis of dermoïd cysts of the ovary. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 3 octobre 1896, p. 339. — **Cumston (Charles-Greene).** Torsion of the pedicle in ovarian tumors. *Annals of gynæcol.*, Boston, 1896, II, 11. — **Jacobs.** Kyste du ligament large avec abcès de l'ovaire. *Soc. belge de Gyn. et d'obst.*, 1896, n° 9. p. 187. — **Johnstone.** Etiology and pathology of dermoid tumors of the ovary. *The Cincinnati Lancet Clinic.*, 3 octobre, 1896, p. 333. — **Kreutzmann (H.).** The Retroperitoneal Treatment of Pedicle in ovariotomy and in Salpingo-oophorectomy. *Am. J. of Obst.*, décembre 1896, p. 830. — **Lemonnier.** *Des kystes hydatiques du ligament large.* Th. de Paris 1896-1897. n° 43. — **Macnaugton Jones.** Fibroma of Left ovary in a young women aged 22. *The British med. J.*, novembre 1896, p. 315. — **Macnaugton Jones.** Large ovarian Cyst, with Extensive adhesions to Omentum and Bowel, Twisted Pedicle and Sanguineous Contents ; Removal a. Recovery, *The British m. J.*, novembre 1896, p. 310. — **Malcolm Storer.** A Study of Axis Rotation, with Especial Reference to the Torsion of Ovarian Tumors. *The Boston Med. a. Surg. J.*, novembre 1896, p. 451. — **Malcolm Storer.** On the Traumatic Rupture of Ovarian Cysts, with Report of a Case. *The Boston Med. a. Surg. J.*, novembre 1896, p. 518. — **Rosinski.** Zur Lehre von den endothelialen ovarial Geschwülsten. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* t. 35, 42, p. 215. — **Sidney Gramshaw.** Ovariotomy in Country Practice. *The Lancet*, novembre 1896, p. 1448. — **Sokoloff.** Experimentelle Beiträge zur Frage über die Wirkung der Eierstock exstirpation auf die Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1896.

nº 48, p. 1221. — **Thomas Morse**. Case of dermoïd ovarian cyst impacted in the pelvis which war removed by abdominal section during the ninth month of pregnancy. *Transactions of the obstetrical Society of London*, vol. XXXVIII, juin et juillet 1896. — **Thorn**. Zur Kasuistik der Kastration bei Osteomalacie. *Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 1043. — **Wenning**. Dermoïd tumors of the ovary : their clinical history, *The Cincinnati Lancet Clinic*, 3 octobre 1896, p. 336. — **Wins**. Kyste para-ovarien hyalin, rompu dans la cavité péritéonale. *Nord Médical*, 1er déc. 1896.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE — **Choyau**. *Contribution à l'étude de l'inondation sanguine peritonéale par rupture de grossesse tubaire*. Th. de Paris, 1896. — **Colfax Mattews**. Tubal Pregnancy with rupture of tube : operation and recovery. *Am. J. of Obst.*, décembre 1896, p, 873. **Henrotin**. Early rupture in extra-uterine pregnancy and its treatement. *Americ. Journ. of Medic. Scienc.*, nov, 1896, p. 530. — **Malcolm**. Remarks on the diagnosis and treatment of extra-uterine fœtation. *British Med. Journal*, Londres, 28 novembre 1896, t. II, p. 1562. — **Stoufs**. Grossesse extra-utérine opérée par le vagin. *Société belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 9, p. 181.

ORGANES URINAIRES. — **Assaky**. La suture à trois étages dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Association française d'urologie, 1re session 1896. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, nov. 1896, p. 1072. — **Brinon**. *Des hydronéphroses et des dilatations congénitales de l'uretère*. Th. Paris, 1896. — **Cordier**. Movable kidney. Local and remote results. *Amer. J. of Obstetrics*, N.-Y., 1896, II, 532. — **Odoul**. — *Contribution à l'étude du traitement des fistules uréthro-périnéales par l'exérèse*. Th. Paris, 1896. — **Pourtier**. *Du prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme*. Th. Paris, 1896. — **Red (Ch.)**. Melano-sarcoma of the Female Urethra : Urethrectomy ; recovery. *Am. J. Obst.*, décembre 1896, p. 864. — **Rouffart**. Un cas de rein unique. Fistule uréthro-vaginale après hystérectomie. Urétéro-cysto-néostomie. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 9, p. 193. — **Schauta**. Eine Spätform der gonorrhoischen Cystitis beim Weibe. *Wiener Mediz. Presse*, 1896, p. 1705.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Bayard Holmes**. Tubercular peritonitis. *Annals of gyn. and pædiat.* Boston, 1896, II, 1. — **Carstens**. The Need of abdominal Section in certain cases to aid the general practitioner to diagnose obscure abdominal diagnosis. *Medical Record.*, novembre 1892, p. 782. — **Heil**. Ueber die Enstehung des Hautemphysems nach Laparotomien. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. III, p. 435. — **Johann Kalabin**. Zur Frage über die Ablation der Adnexe des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 49, p. 1245 — **Kehrer**. Bauchnacht bei Laparotomien. *Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 1122. — **Kossmann**. Ueber die Verhütung der Bauchhernie. *Centr. f. Gyn.*, 1896, p. 1126. — **Schœffer**. Weitere Angaben zur Technik der Bauchschnitnath. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 48, p. 1215. — **Thomas Mc Ardle**. Abdominal section for tubercular disease. *Am. J. of. Obst.*, décembre 1896, p. 824. — **William Mayo**. Report of a case of chronic intussusception caused by an adenoma of the ileum relieved by intestinal resection. *Annals of surgery*, Philadelphia, décembre 1896, nº 733. — **Wilmer**

Krusen. Two cases of parotiditis following cœliotomy. *The American gynæcological and obstetric. Journal*; New-York, novembre 1896, p. 588.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Fothergill**. Walcher's position in parturition. *British med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1290.

ANATOMIE BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Herff (O. V.)**. Beiträge zur Lehre von der Placenta und von den mütterlichen Eihüllen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. 35, 42, p. 268. — **Neumann (J.)**. Beitrag zur Lehre von der Anwachsung der Placenta. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, t. 4, 1896, p. 307. — **Neumann**. Untersuchungen über Schwefelsäureausscheidung und Darmfaulniss bei Wöchnerinnen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LII, Hft. III, p, 441. — **Wahle**. Ueber das Vorkommen von Streptokoklen in der Scheide Gebärender. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. 35, 42, p. 192.

DYSTOCIE. — **Fernand Monod**. Fibromes utérins et utérus gravide. *Bullet. Soc. anat.*, 1896, p. 740. — **Kleinwächter**. Die Geburt bei Fibromyomen des Uterus und die dadurch bedingten Gefahren. *Wiener Medizinische Presse*, décembre 1896, p. 1562. — **Richelet**. *Du bassin généralement rétréci au point de vue obstétrical*. Th. de Paris, 1896. — **Rosenwasser**. Report of three cases of Uterine Fibroids complicated by Pregnancy. *Am. J. Obst.*, décembre 1895, p. 867.

GROSSESSE. — **Dubé**. *De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares*. Th. de Paris 1895-96. — **Ward Fremont Sprenkel**. Prolongation of Pregnancy. Its Dangers and Treatment. *Ann. J. of Obst.*, décembre 1896, p. 846.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Ahlfeld**. Zur Diagnose der Zwillings Schwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. 35, 42, p. 180. — **Clavaud**. *Hydropisie de l'amnios dans les grossesses gémellaires*. Th. de Paris, 1895-96.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Choyau**. *Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture de grossesse tubaire*. Th. Paris, 1896. — **Homer Gage**. Extra-uterine pregnancy. *The American gynecologial and obstetrical Journal*, New-York, novembre 1896, p. 561. — **Lester E. Frankenthal**. Extra-uterine Pregnancy. *Med. Standard*; Chicago, novembre 1896, p. 358. — **Macnaughton Jones**. Case of Tubal Gestation. *The British m. J.*, novembre 1896, p. 320. — **Malcolm**. Remarks on the diagnosis and treatment of extra-uterine fœtation. *British med. J.*, Londres, novembre 1896, t. II, p. 1562. — **Rosenthal**. Ein Fall intramuraler Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 51, p. 1297. — **Rutherford Morison**. Thre cases of Ectopic Gestation. *The British m. J.*, novembre 1896, p. 376.

NOUVEAU-NÉ. FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ballantyne (J. W.)** Teratogenesis : an inquiry into the causes of monstruosities. *Edinburgh med. J.*, 1896, t. II, p. 307. — **Bannerman**. Nœvus pigmentosus.

British med. Journal, Londres, 31 octobre 1826, t. II, p. 1297. — **Bergkammer**. Ueber einen Fall von Teratom, rudimentären Parasiten (Engastricus) oder Inclusio fœtalis abdominalis des Beckens bei einem elfmonatlichen Knaben. *Deutsche med. Woch.*, 1896, 713. — **Bransford-Lewis**. A case of hermaphrodism. *Medicine*, 1896, II, 793. — **Brats**. A case of Hemicephalic Monster. *British med. J.*, décembre 1896, p. 1769. — **Gerhmann (A.)**. Milk-Inspection. *Medicine*, Detroit, Mich., décembre 1806, p. 969. — **Jacob**. *Sur les méfaits du biberon*. Th. Paris, 1896. — **Lemère**. *Sur l'hémorrhagie du cordon ombilical*. Th. Paris, 1896. — **Noble Smith**. Congenital Dislocation of the Hips. *British med. J.*, décembre 1896, p. 1707. — **Placzek**. Intrauterin entstandene Armlähmung. *Berlin. klin. Woch.*, 1896, p. 915. — **Ramage**. Congenital Absence of the Ovaries with Rudimentary Uterus. *The Lancet*, décembre 1896, p. 1664. — **Taylor (G.)**. Case of Tetanus Neonatorum. *The Lancet*, décembre 1896, p. 1752.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Donald**. Three cases of symphyseotomy. *Edinburgh med. Journal*, décembre 1896, p. 513. — **Helme (Arthur)**. Intra-cervical injection of glycerine. *Lancet*, London, 1896, II, 936. — **Hellen**. *Procédé d'application du forceps permettant de se passer d'aides expérimentés*. Th. Paris, 1896. — **Lee**. Preliminay report of a case of caesarean section, successfull for mother and child. *The American gynæcological and obstetr. Journal*, New-York, novembre 1896, p. 557. — **Milne Murray**. A discussion on the relative advantages of forceps and version as a means of extraction in cases of moderate pelvic deformity. *British med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, p. 1281. — **Purslow**. On perforation of the aftercoming head. *British med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1288. — **Winternitz**. Ueber die Zangenentbindungen an der Tübinger Universitäts. Frauenklinik. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 6, p. 547.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Ahlfeld**. Giebt tympania uteri eine Indication zur Entfernung des uterus in partu. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 35, H. 2, p. 171. — **Archambaud (R.)**. Le tétanos pendant la grossesse. *La Revue médicale*, décembre 1896, p. 412. — **Baum**. Beiträge zur Puerperalfieberfrage; Ueber Asepsis und Antisepsis in der Geburtshulfe. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LII, Hft. III, p. 621. — **Briend**. *Etude sur les vomissements de la grossesse et sur leur traitement; emploi de l'eau oxygénée*. Th. Paris, 1896. — **Byers**. A plea for the early recognition and treatment of puerperal fever. *British med. Journal*, Londres, 24 octobre 1896, t. II, p. 1193. — **Chaleix-Vivie**. De la conduite à tenir dans la rétention placentaire post-abortive. *Gazette hebdom. de méd. et de chirurgie*, 1896, n° 104, p 1237. — **Chaleix**. Sur un cas d'infection puerpérale généralisée et traitée par la sérothérapie. *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, décembre 1896, p. 1192. — **Cotret**. Traitement de l'éclampsie puerpérale. *Union médicale du Canada*, 1896, p. 584. — **Deslandes**. *Des accidents gravido-cardiaques*. Th. Paris, 1896. — **Devoir**. *Contribution à l'étude des thrombus puerpéraux*. Th. de Paris, 1896-1897, n° 46. — **Dorff**. Sur un cas de vomissement incoercible pendant la grossesse. *Bull. Soc. Belge de gyn. et d'obst.*, 1896, n° 10, p. 221. — **Eklund (Abraham Fredrik)**. Albuminuria in

pregnant and puerperal women. *Amer. J. of Obstetrics*, N.-Y., 1896, II, p. 541. — **Gaulard**. Pneumonie et grossesse. *Presse médicale*, 31 octobre 1896. — **Guillaume**. Un cas de rupture utérine au cours d'une grossesse survenue trois ans après une opération césarienne. Laparohystérectomie. Guérison. *Bulletin de la Société Belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1896, p. 166. — **Gutierrez**. Causas de muerte repentina durante el puerperio. *Archivos de Ginec. Obst. y Pediatria*, 1896, n° 21, p. 684. — **Hart**. The nature and diagnosis of the so called fleshy-mole. *British med. Jounal;* London, 24 octobre 1896, t. II, p. 1188. — **Heinricius**. Ruptura uteri sub partu. Amputatio uteri supravaginalis. *Cent. f. Gyn.*, 1896, p. 1040. — **Hepworth (A.)**. Case of hydatidiform degeneration of the Placenta. *British M. J.*, décembre 1896, p. 1823. — **Hobart Egbert**. Uterine hemorrhage following Abortion. *The Philadelphia Polyclinic*, 1896, n° 44, p. 434- — **Hubert Roberts**. Two Cases of Rupture of the Uterus. *The Lancet*, décembre 1896, p. 1748. — **Hypes**. Spontaneous Rupture of Uterus during Labor at Term. *Am. J. of Obst.*, décembre 1896, p. 879. — **James Adam**. Puerperal Fever treated by Antistreptococcic Serum followed ummediatly by enteric Fever. *British med. J.*, décembre 1896, p. 1825. — **John Mc Caw**. Notes of a case of prematured labour presenting some unusual features. *Lancet*, London, 1896, II, 1219. —**Lavabre**. Rétention fœtale pendant cinq mois. *Lyon médical*, décembre 1896, p. 852. — **Lea Arnold W. W.** Organic heart disease during pregnancy and labour. *Medical chronicle*, Manchester. 1896, II, p. 17. — **Lesse**. Ein weiterer Fall von Luftembolie bei Placenta prævia. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 35, H. 2. 184. — **Longyear**. The treatment of puerperal infection. *Americ. Journ. of Obstetrics*, N.-Y., 1896, II, 481. — **Mangiagalli**. Sull trattamento dell'eclampsia. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1896, p. 64. — **Milnes**. Bullet Wound of a Pregnant uterus. *Americ. gyn. and obst. Journ.*, t. II, 1896, p. 479. — **Murdoch Cameron**. Retroversion of the pregnant uterus reductible and irreductible with a new method of treatment. *British medical Journal*, Londres, 10 octobre 1896, t. II, p. 1277. — **Norton B. Clowes**. A cases of puerperal eclampsia treated by hysterectome. *Lancet*, London, 1896, II, 940. — **Nyhoff**. Ein Verfären zur Behandlung der Placenta prævia (centralis). *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd IV, Hft. V, p. 405. — **Resinelli**. Note batteriologiche su di un aborto per tisso addominale. *Annali di ost. e ginec.* 1896, p. 695. — **Ridgwag Banker**. The Differential Diagnosis of threatened abortion and abortion occuring before the eighth week of gestation. *Am. J. of Obst.*, décembre 1896, p. 843. — **Round, etc.** A discussion on the Causation and treatment of secondary puerperal Hemorrhage. *The British medical Journal*, Londres, 24 octobre 1896, t. L, pr 1191. — **Saft**. Beiträge zur Puerperalfieberfrage ; zur Prophylaxe und Therapie des Wochenbettfiehers. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LII, Hft, III, p. 579. — **Schwab**. Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. *Presse médicale*, Paris, 16 décembre 1896, p. 676. — **Siou**. *Contribution à l'étude de l'hydramnios dite aiguë et de son traitement.* Th. Paris, 1896. — **Stamnose Bishop**. Post-partum hæmorrhage and its treatment. *Lancet*, London, 1896, II, 1215. — **Thoison**. *Sur un point du traitement de l'infection puerpérale.* Th. de Paris, 1895-1896. — **Thomas Laird**. Post-partum Hæmorrhage and its treatment. *The Lancet*, décembre 1896, p. 1750. — **Thorn (W.)**.

Zur Kasuistik der Castration bei Osteomalacie. *Cent. f. Gyn.*, 1896, p. 1043. — **Wendeler.** Bemerkungen zu dem Aufsatz der Herrn D. F. Schnell : Ueber einen Fall von Gasblasen im Blute einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS.— **Bellamy Gardner.** On the use of anesthesia in obstetric practice. *The British. gyn. J.*, novembre 1896, p. 359. — **Frey.** *De l'utilité du curettage précoce comme moyen thérapeutique et prophylactique dans les rétentions intra-utérines de débris placentaires ou membraneux.* Th. Paris, 1896. — **Laran.** *Traitement de l'infection puerpérale par le sérum de Marmorek.* Th. de Paris, 1896. — **Latimer.** A case of diphteria, ushered in by eclampsia complicated by labor at term. *Annals of gynæcol.*, 1896, II, 8. — **Mitchell.** Curettage in obstetric practice. *The Cincinnati Lancet clinic*, 1896, II, 403. — **Paté.** *Essai d'études cliniques sur le traitement de l'infection puerpérale par les injections de sérum antistreptococcique et les injections intraveineuses d'eau salée.* Th. Paris, 1896. — **Wertheim.** Zur Aufsatze A. Muller's : Die Ballondilatation der Cervix und Scheide. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd IV, Hft. 6, p. 584. — **Williams.** The value of antistreptococcic serum in treatment of severe puerperal septicæmia. *British med. Journal*, Londres, 31 octobre 1896, t. II, p. 1285.

VARIA. — **Ballaud (J.).** Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et de l'allaitement. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, novembre 1896, p. 1141. — **Betton Massey.** Maternal sterility. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, novembre 1896, p. 578. — **Carrière.** *Contribution à l'étude des causes de l'incapacité maternelle.* Th. Paris, 1896. — **Condamin.** Deux cas de grossesse et d'accouchement normal après l'hystéropexie abdominale. *Lyon médical*, novembre 1896, p. 437. — **Holtt.** Criminal Abortion. *The Boston med. a. s. J.*, novembre 1891, p. 541. — **Keiffer.** Un cas de virilisme. *Bull. Soc. Belg. de gyn. et d'obst.*, 1896, n° 16, p. 214. — **Macnaughton Johnes.** Interesting case of Pregnancy After Oophorectomy and Removal of an ovarian Blood cyst. *The British m. J.*, novembre 1891, p. 317. — **Martel.** *Etude des influences exercées sur le developpement de l'enfant par les maladies infectieuses de la mère pendant la grossesse.* Th. Paris, 1896. — **Merger.** *Étude critique sur la syphilis conceptionnelle.* Th. de Paris, 1896-1897, n° 7. — **Noble.** A clinical report on the course of pregnancy and labor as influenced by suspensio uteri. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, novembre 1896, p. 543. — **Royer.** *Des hémorrhagies dans les cas d'expulsion d'enfants morts et macérés.* Th. Paris, 1896. — **Spirak.** Delivery at term after ten previous consecutive abortions. *Amer. gyn. and obst. Journ.*, 1896, p. 439.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

GASTRO-HYSTÉROTOMIE SUIVIE DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE CHEZ UNE FEMME EN TRAVAIL A TERME, AYANT UN RÉTRÉCISSEMENT EXTRÊME DU BASSIN (1).

Par M. A. **Pinard**, en collaboration avec M. P. **Segond**.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie, au nom du Dr Segond et au mien, une femme chez laquelle nous avons pratiqué, il y a un mois, une gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale pour un rétrécissement extrême du bassin et dont voici le résumé de l'observation :

Femme H... (Adélaïde), âgée de 32 ans, primipare, n'ayant marché qu'à l'âge de 8 ans, dont la taille mesure 1m,15 centimètres et présentant une déformation du squelette extrêmement prononcée. Les membres inférieurs très peu développés et d'inégale longueur, sont incurvés. La colonne vertébrale offre un beau type de scoliocyphose.

Le bassin est asymétrique. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 7 centim. 8 millimètres et la ligne innominée du côté droit est rectiligne et se trouve environ à 2 centimètres de l'angle sacro-vertébral, c'est-à-dire que le côté droit du petit bassin n'existe pour ainsi dire pas.

Cette femme, qui avait eu ses dernières règles à la fin de janvier 1896, vint me consulter le 29 octobre, et après avoir

(1) Communication faite à l'*Académie de Médecine*. Séance du 19 janvier 1897.

fait les constatations rapportées ci-dessus, je pensai qu'en raison du rétrécissement et de l'asymétrie du bassin, ce cas n'était justiciable d'aucune *pelvitomie*, et que la seule conduite rationnelle à tenir était de laisser la grossesse aller à terme et de pratiquer au début du travail une opération césarienne. Elle resta donc au dortoir de la Clinique Baudelocque du 27 octobre au 16 décembre, et pendant ce laps de temps ne présenta pas le moindre accident. Malgré l'étroitesse de la cavité abdominale et la déformation du thorax, sous l'influence du repos, la grossesse évolua normalement, l'utérus étant sorti presque entièrement de la cavité abdominale et retombant entre les membres inférieurs.

Les premières contractions utérines douloureuses se montrèrent le 16 décembre, à 7 heures du matin.

Après avoir pratiqué un nouvel examen du bassin, je résolus de pratiquer une gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale, contrairement à la conduite que j'avais suivie jusque-là dans des cas semblables où je pratiquais la gastro-hystérotomie suivie de l'amputation utéro-ovarique, dite opération de Porro.

L'anesthésie ayant été pratiquée et la toilette faite, j'incisai la paroi abdominale sur une étendue assez considérable pour me permettre de faire sortir l'utérus de la cavité abdominale. Des pinces rapprochèrent immédiatement les deux lèvres de la partie supérieure de l'incision de façon à empêcher l'issue des intestins. Je soulevai alors l'utérus, et un fort lien élastique fut placé à la partie inférieure de l'utérus au ras de la paroi abdominale, de façon à assurer l'hémostase pendant la section de l'utérus. J'incisai alors l'utérus et procédai à l'extraction de l'enfant.

Je laisse maintenant la parole à mon collaborateur Segond, à qui je confiai à ce moment la direction et l'exécution de l'opération.

« L'extraction du fœtus et l'énucléation du placenta une fois terminées, l'hémostase des bords de la plaie utérine a été assurée par deux pinces à longs mors ; bien entendu, j'ai

supprimé le lien élastique fixé autour du col pendant la première partie de l'intervention, c'est-à-dire pendant la prise du fœtus, et, la malade étant placée sur le plan incliné, j'ai procédé à l'ablation totale de l'utérus et des annexes, en adoptant la marche opératoire de la méthode d'hystérectomie abdominale connue sous le nom de *méthode américaine*, laquelle doit être, à mon avis, considérée aujourd'hui comme la méthode de choix.

« Cette méthode, on le sait, se caractérise d'abord par ce fait que l'ablation se pratique en bloc et par incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche, « by continuous incision from left to right or from right to left » (Howard Kelly. *Bull. of the John's Hopkins hospital*, Baltimore, févr. 1896, p. 27). En d'autres termes, et pour ne parler que du sens opératoire qui me paraît le meilleur, le chirurgien, placé à la droite de la patiente, s'attaque d'abord au bord supérieur du ligament large gauche, en dehors des annexes, le sectionne de haut en bas, pour pénétrer ensuite dans le vagin, déloger le col, renverser de son côté la masse utéro-ovarienne, et la libérer finalement, en sectionnant le ligament large droit de bas en haut. Grande sécurité opératoire, perfection du drainage vaginal ; simplicité de l'arsenal instrumental ; enfin et surtout, suppression des ligatures en masse avec fils énormes et possibilité, précieuse entre toutes, de découvrir un à un les vaisseaux entre les feuillets des ligaments larges pour les lier successivement et sûrement avec des fils fins et solides ; tels sont les principaux avantages de cette manière de faire que j'emploie exclusivement depuis quelques mois, et dont l'application, dans le cas actuel, s'est montrée particulièrement satisfaisante.

« En peu de mots, voici comment se sont succédé les temps opératoires :

« Ligature et section de l'artère utéro-ovarienne gauche, en dehors des annexes ; même manœuvre pour l'artère du ligament rond ; et, d'un coup de ciseaux, section du ligament large de haut en bas, jusqu'à l'artère utérine. Isolement

soigné, ligature et section de celle-ci ; puis, au-dessous d'elle, dans le cul-de-sac latéral, ouverture directe du vagin, sans autre guide que la perception digitale du col au travers des parties molles. Par cette brèche vaginale latérale, préhension et renversement du museau de tanche, en haut et à droite, à l'aide d'une pince appropriée ; puis en quelques coups de ciseaux, libération complète du col en arrière et en avant, avec la précaution d'entailler à ce niveau et sur la face utérine antérieure, un lambeau péritonéal suffisant. Enfin, continuation des tractions sur le col en haut et à droite, jusqu'à la découverte fort simple de l'utérine correspondante. Ligature de celle-ci et section du ligament large droit, de bas en haut, avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'utéro-ovarienne. Donc, en tout, six ligatures maîtresses, auxquelles j'ai dû en ajouter seulement deux autres sur la tranche vaginale, pour parachever l'hémostase. Cela fait, le foyer opératoire s'est montré complètement étanche, j'ai paré simplement les surfaces cruentées en ramenant au-dessus d'elles les lambeaux péritonéaux disponibles, sans prendre la peine d'allonger l'intervention par un surjet péritonéal. J'ai terminé en assurant le drainage par une mèche de gaze iodoformée placée dans le vagin. Bien entendu, j'ai fermé complètement la plaie abdominale.

« La durée de cette opération a été de une heure. Il va sans dire que je parle de la seule durée opératoire *utile* à connaître, c'est-à-dire de la *durée totale*, hémostase et sutures comprises, sans m'inquiéter un instant du temps que j'ai pu mettre à sortir l'utérus du ventre pour le jeter dans un plat. »

Les suites opératoires ont été des plus simples. Une seule ascension thermique se montra le cinquième jour et fut sans conséquence. Les fils de la plaie abdominale ont été enlevés le dixième jour. La mèche de gaze iodoformée fut retirée le treizième jour, et cette femme qui allaite son enfant depuis le lendemain de son opération, s'est levée au bout de trois semaines et est, ainsi que vous pouvez le constater, en parfait état.

L'enfant, qui se mit à crier aussitôt sorti de l'utérus, contrairement à ce qu'on observe en pareil cas, pesait 3,600 grammes (1), poids énorme étant donné la petite taille de la mère, mais qui ne m'étonne pas, étant donné le repos de la mère pendant les derniers mois de la grossesse et l'impossibilité pour le segment inférieur de l'utérus de pénétrer dans l'excavation.

Cest là un point que je ne fais que signaler aujourd'hui, me réservant d'en entretenir ultérieurement l'Académie.

Il me reste à exposer maintenant les raisons pour lesquelles j'ai adopté cette nouvelle opération déjà pratiquée dans les cas de myômes compliquant la grossesse et le travail (2). Partisan jusqu'alors de l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, excellente opération qui m'a donné de très bons résultats (3) et encore dans deux cas l'année dernière, j'ai modifié ma manière de faire, non pas seulement parce que l'absence de moignon rend les suites opératoires beaucoup plus courtes, mais encore et surtout parce que cette nouvelle opération pourra, à mon avis, permettre de pratiquer avec succès l'opération césarienne dans les cas d'utérus infectés, ce qu'on n'osait pas faire et ne faisaient pas jusqu'à présent les césariens les plus résolus.

Dans les cas de rétrécissements du bassin, alors que des manœuvres infructueuses avaient été faites dans l'utérus, que des symptômes pouvaient faire croire à un début d'infection et que l'enfant était vivant, beaucoup d'accoucheurs préféraient tuer l'enfant et le broyer, plutôt que de pratiquer l'opération césarienne.

Il me semble que la gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie vaginale doit faire disparaitre du seul petit terrain

(1) Il pèse aujourd'hui 3,880.

(2) Guermonprez (de Lille). Lecture à l'Académie, le 6 août 1895. Un cas semblable a été opéré dans mon service par MM. Varnier et Delbet.

(3) Voir les *fonctionnements de la Clinique Baudelocque*, publiés chaque année.

où on pouvait la discuter encore, l'embryotomie sur l'enfant vivant.

Si je ne me trompe, c'est là un progrès que nous devrons à la chirurgie contemporaine. L'avenir dira si je suis dans la vérité ou l'erreur.

CLINIQUE BAUDELOCQUE. SERVICE DU PROFESSEUR A. PINARD SUPPLÉÉ PAR LE Dr H. VARNIER, AGRÉGÉ.

RÉTROFLEXION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS GRAVIDE A TERME. OBSTRUCTION PELVIENNE PAR UN FIBROME ADHÉRENT. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE. GUÉRISON

Par **H. Varnier** et **Pierre Delbet.**

Le 30 août 1896, à 5 heures du soir, entrait à la Clinique Baudelocque une primipare âgée de 32 ans, Eugénie M... Elle vient de chez elle à la Clinique parce que depuis quelques heures elle perd du sang en quantité considérable.

Les dernières règles datent du 5 au 8 novembre 1895; elle a senti remuer son enfant à la fin d'avril et se considère comme arrivée au terme de sa grossesse.

Examen à l'entrée. — L'utérus est constamment tendu et le palper ne peut donner aucun renseignement précis. Voulant se rendre compte par le toucher de l'état du col et de la présentation du fœtus, Mlle Roze, sage-femme en chef, trouve l'excavation obstruée par une tumeur du volume du poing effaçant complètement le cul-de-sac postérieur.

Le cul-de-sac antérieur est attiré en haut, très profond, et ce n'est qu'après un examen prolongé que Mlle Roze arrive à deviner plutôt qu'à sentir, à bout de doigt, au fond de ce cul-de-sac et à droite, la portion vaginale du col. Il est impossible d'arriver à l'orifice interne et par suite d'explorer le pôle inférieur de l'œuf.

La femme ne perd plus de sang.

Mlle Roze me fait prévenir et j'examine à mon tour à 6 heures et demie du soir.

Voici ce que m'apprend l'interrogatoire :

M... a marché de bonne heure et toujours bien. Réglée à 15 ans et demi, irrégulièrement, elle n'a jamais eu ni ménorrhagies ni métrorrhagies. Une fièvre typhoïde à 12 ans est tout son passé pathologique jusqu'en janvier 1894.

A cette époque (janvier 1894), elle éprouve des douleurs et des pesanteurs dans le bas-ventre, sans qu'aucun trouble soit survenu dans la fonction menstruelle qui est plutôt régularisée. Pas d'hémorrhagies. Les douleurs s'accompagnent de fièvre. Il n'y a ni constipation, ni troubles de la miction.

M... va consulter un médecin qui, dit-elle, diagnostique « une tumeur » et lui prescrit provisoirement le repos et des injections vaginales. Les accidents s'amendent rapidement. Dix jours après, M... reprenait ses occupations de cuisinière.

Bientôt après (février 1894), les douleurs ayant reparu, M... alla consulter un chirurgien des hôpitaux qui, dit-elle, diagnostiqua une lésion de l'ovaire, conseilla des injections de sublimé et d'acide borique pendant 15 jours, puis la soumit pendant environ 3 mois à « des tamponnements ». Pendant tout le temps que durèrent ces accidents et le traitement, le ventre conserva son volume normal.

En mai 1894, M... fut considérée comme guérie, et de fait elle n'éprouva plus rien d'anormal du côté du bas-ventre. Menstruation régulière ; pas de constipation ; miction normale.

M... se portait très bien lorsqu'elle devint enceinte au mois de novembre 1895.

La grossesse a évolué si normalement que M... n'a jamais eu à consulter et que, sans l'hémorrhagie survenue dans la journée, elle eût attendu les premières douleurs pour venir à l'hôpital.

Au moment où je l'examine l'état général est parfait. Tem-

pérature 37°,4. Pouls 96. Il n'y a ni contractions utérines ni écoulement sanguin.

Le ventre présente une forme anormale, surtout pour une primipare, forme dont le dessin ci-joint (fig. 1) donne une meilleure idée que toute description.

Le palper permet de s'assurer que c'est le siège et non la tête du fœtus qui occupe le segment inférieur de l'utérus resté tout entier abdominal et dont le fond paraît notablement au-dessous du niveau normal à terme; si bien que

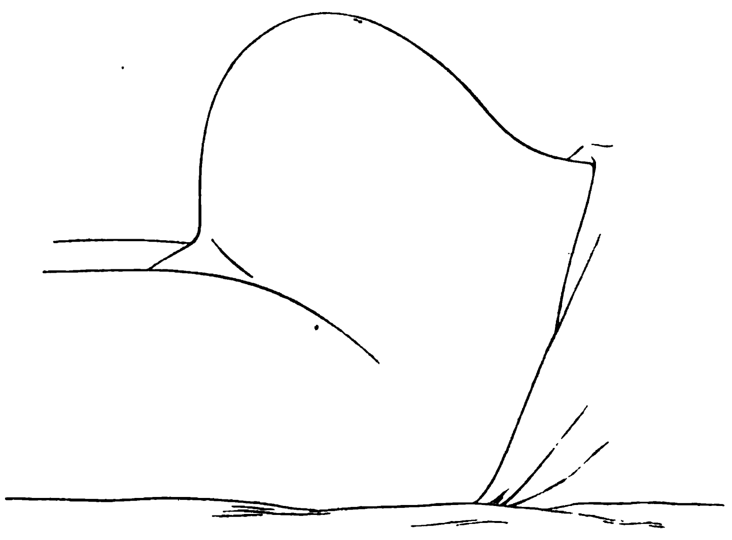


Fig. 1.

j'élève quelque doute sur les renseignements fournis par la patiente. Quant à la tête du fœtus, il est impossible de la découvrir *dans ce qui paraît être le fond de l'utérus*. Le fœtus est vivant.

En aucun point de la paroi utérine explorable par le palper on ne sent de fibromes.

Prévenu par M[lle] Roze des difficultés qu'elle a rencontrées dans l'exploration du col, je fais donner du chloroforme afin de pratiquer le toucher manuel.

Il me faut introduire la main tout entière en supination pour, avec l'index étendu, trouver au fond et à droite d'un cul-de-sac vaginal rétro-symphysien très profond, *au-dessus du bord supérieur du pubis*, l'orifice du col entr'ouvert et admettant la pulpe du doigt. Ni avec l'index seul, ni avec le médius, il n'est possible d'arriver à l'orifice interne et de sentir l'œuf.

Le bassin est obstrué par une tumeur sphérique, irrégulière, mollasse, immobile, remplissant la concavité sacrée, occupant le cul-de-sac de Douglas. Elle paraît avoir le volume d'une grosse orange; il est impossible d'en explorer le pôle supérieur par le toucher rectal; la paroi du rectum et la paroi vaginale glissent sur elle. Elle ne se déplace pas lorsqu'on soulève l'utérus au travers des parois abdominales et qu'on le fait rouler de droite à gauche et de gauche à droite.

On se rend compte qu'elle ne peut être refoulée dans le grand bassin.

A cause des antécédents relevés ci-dessus, mon diagnostic reste hésitant entre un fibrome pédiculé adhérent et une tumeur ovarienne. Mais cela ne peut en rien modifier la thérapeutique imposée par l'obstruction pelvienne irréductible. En l'absence de contractions utérines douloureuses, je remets au lendemain matin toute décision, et je fais prier mon collègue des hôpitaux qui a soigné M... en février 1894 de venir m'assister. A 10 heures du soir, j'apprends qu'il est absent de Paris.

Or, à partir de minuit, le travail se déclare franchement. Il y a des contractions douloureuses toutes les 5 minutes; à 4 heures du matin il s'écoule brusquement par les voies génitales un liquide vert, épais, mélangé de méconium, et la sage-femme de garde ne perçoit plus les battements du cœur. Mlle Roze appelée constate que l'enfant est mort. Aucune modification du col. Température 37°,3.

Prévenu à 6 heures et demie du matin de la mort du fœtus et de l'inefficacité d'ailleurs prévue des contractions, je prie

mon collègue et ami Pierre Delbet, chirurgien des hôpitaux, de venir m'assister et de faire une laparotomie exploratrice.

Nous convenons que, la laparotomie faite :

1° Si la tumeur enclavée est extra-utérine et peut être enlevée aisément, sans grand traumatisme, nous verrons s'il semble possible et prudent de conserver l'utérus en le vidant par les voies naturelles rendues perméables ;

2° S'il s'agit d'une tumeur péri-utérine dont l'extraction présente des difficultés considérables, il y aura lieu de faire une opération césarienne suivie, bien entendu, d'amputation utéro-ovarique, la mort du fœtus, l'ouverture de l'œuf, les nombreuses explorations vaginales antérieures contre-indiquant l'opération césarienne conservatrice.

3° S'il s'agit, comme c'est probable, d'un utérus fibromateux, l'enlever en totalité, et sans évacuation préalable, suivant la méthode radicale actuellement en honneur dans le traitement des fibromes de l'utérus non gravide, et qui nous paraît, dans le cas particulier, préférable à l'opération de Porro.

Tout ayant été arrêté et préparé, Delbet commence la laparotomie à 10 h. 10. Je lui laisse maintenant la parole.

H. VARNIER.

Je fais sur la ligne blanche une incision verticale qui commence à un centimètre du pubis et se termine à trois centimètres au-dessus de l'ombilic. L'abdomen ouvert, les choses se présentent avec un aspect si singulier qu'il aurait été malaisé de s'y reconnaître sans les renseignements fournis par le toucher. Le col est situé très haut et en avant, au-dessus du pubis. Le corps se recourbe complètement en arrière de telle sorte que le fond repose et se moule sur la paroi abdominale postérieure. En arrière et au-dessous de la corne droite, on voit un fibrome arrondi du volume du poing. Il plonge dans la concavité sacrée, refoulant le rectum à droite, et il est enveloppé d'adhérences lamellaires qui lui donnent l'air d'être situé sous le péritoine pelvien.

Je cherche d'abord les annexes et les ligaments larges. Ils se laissent facilement soulever du côté gauche. Avec une aiguille mousse je passe un fil de soie en dedans des veines utério-ovariennes turgides qui se voient par transparence, et je lie le pédicule utéro-ovarien. Du côté droit, la trompe et l'ovaire sont encapuchonnés par des adhérences filamenteuses qui se laissent rompre assez aisément. Après les avoir libérées, je fais comme du côté gauche la ligature du pédicule utéro-ovarien. Puis, ayant placé de chaque côté une pince sur la corne utérine, je sectionne obliquement les deux ligaments larges de façon à ce que les deux sections aboutissent au voisinage du col.

Alors, sans m'occuper du fibrome adhérent dans la profondeur, je libère immédiatement le col. J'ouvre d'abord le cul-de-sac antérieur du vagin, qui se présente en quelque sorte de lui-même. Mais le col ramolli étant difficile à distinguer du vagin, ma section l'intéresse un peu. Il s'écoule quelques gouttes de méconium et un pied se présente. Je place un clamp sur l'orifice du col, et je sectionne le pédicule de l'artère utérine du côté gauche. Les vaisseaux sont pincés à mesure. Je libère le col du cul-de-sac postérieur en taillant ce dernier du vagin vers le péritoine, et je coupe en dernier lieu le pédicule de l'artère utérine droite. Les vaisseaux utérins sont pincés, comme du côté opposé : la perte de sang est à peu près nulle.

Le col est complètement dégagé, mais l'utérus tient encore dans le fond du bassin par le fibrome adhérent. Je fais donc une extirpation rétrograde. Un aide soulevant vigoureusement la masse, j'incise transversalement le feuillet péritonéal de nouvelle formation qui recouvre le fibrome et je l'énuclée de sa loge, assez péniblement d'ailleurs, car les adhérences sont intimes. Je dois, chemin faisant, pincer plusieurs vaisseaux. Enfin la libération est complète. Utérus et fibrome sont enlevés d'une seule pièce trente minutes après le début de l'opération.

Tous les vaisseaux pincés sont liés. Je fais un premier

surjet pour fermer la loge du fibrome, un second en point de matelas sur le cul-de-sac postérieur qui suinte un peu, et je termine par un grand surjet en points de Lembert qui, allant d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre, affronte les deux feuillets des ligaments larges, ferme le vagin et supprime toute plaie péritonéale.

La paroi abdominale est suturée en un seul plan. L'opération, pansement compris, a duré exactement une heure.

Vomissements chloroformiques fréquents dans la journée.

1er septembre. La malade urine spontanément. Les vomissements sont devenus plus rares. Pas de ballonnement abdominal. Température, 37°,5 le matin; 38° le soir.

Le 2. Quelques vomissements dans la nuit. Injection de morphine en raison des douleurs qui sont assez vives. Purgatif à dix heures du matin. Première selle peu abondante à six heures du soir. Température, 38°,4. Injection de 900 gr. de solution saline dans le tissu cellulaire sous-cutané. Plus de vomissements. Nombreuses selles dans la nuit.

Le 3. Herpès des lèvres. L'état devient excellent. La malade s'alimente et dort bien. La température tombe à 37°.

Les fils ont été enlevés le 10 septembre. La réunion était complète.

La malade s'est levée le 22e jour et est sortie en parfait état.

P. Delbet.

L'utérus enlevé pèse 5 kilogr. 150 gr. Des pinces ont été placées sur les pédicules vasculaires afin de maintenir ses parois et le placenta naturellement injectés. La pièce est immédiatement plongée dans un liquide conservateur et sera ultérieurement coupée et étudiée à différents points de vue.

Nous ne voulons la décrire ici qu'au point de vue dystocique.

La photographie ci-jointe (fig. 2), prise le lendemain de l'opération, montre l'utérus vu de profil, du côté gauche, à peu de chose près dans l'attitude qu'il avait en place, c'est-à-dire *en rétroflexion.*

Le dessin grandeur nature et mathématique du profil abdominal pris par moi immédiatement avant l'intervention (fig. 1), la détermination préalable par le toucher et le palper com-

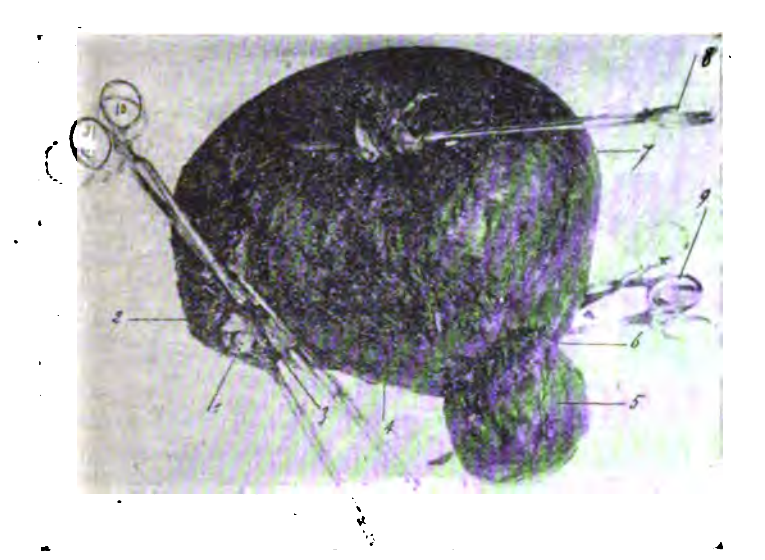


FIG. 2. — L'utérus extirpé vu de gauche au 1/4 de grandeur naturelle.

1. Gros orteil à nu dans l'orifice cervical. — 2. Paroi antérieure du col. — 3. Paroi postérieure du col étroitement appliquée à la paroi postérieure (regardant ici en avant) du corps de l'utérus en rétroflexion. — 4. Paroi postérieure (regardant en bas, en avant et à gauche) du corps de l'utérus rétrofléchi et tordu sur son axe de gauche à droite. — 5. Tumeur fibreuse sessile et adhérente, naissant de la partie la plus reculée de la paroi postérieure du corps, immédiatement au-dessous et un peu en dedans de la corne droite qu'elle cache. — 6 à 7. Fond de l'utérus regardant en arrière et en bas, portant l'empreinte de la saillie lombo-sacrée sur laquelle il se moulait. — 2 à 7. Profil de la paroi antéro-supérieure de l'utérus rétrofléchi, regardant à droite. — 8. Pince placée sur le pédicule vasculaire utéro-ovarien gauche pour maintenir la pièce naturellement injectée. — 9. Pinces placées sur le pédicule vasculaire utéro-ovarien droit. — 10. Pince placée sur le pédicule vasculaire utérin gauche.

binés du point de la paroi abdominale correspondant à l'orifice externe du col, la détermination par le toucher manuel du

siège exact de la tumeur, enfin les constatations faites *de visu* au cours de la laparotomie m'ont permis, en me servant d'une coupe médiane antéro-postérieure *ad naturam*, de rétablir l'utérus dans sa situation et dans son attitude. (Fig. 3.)

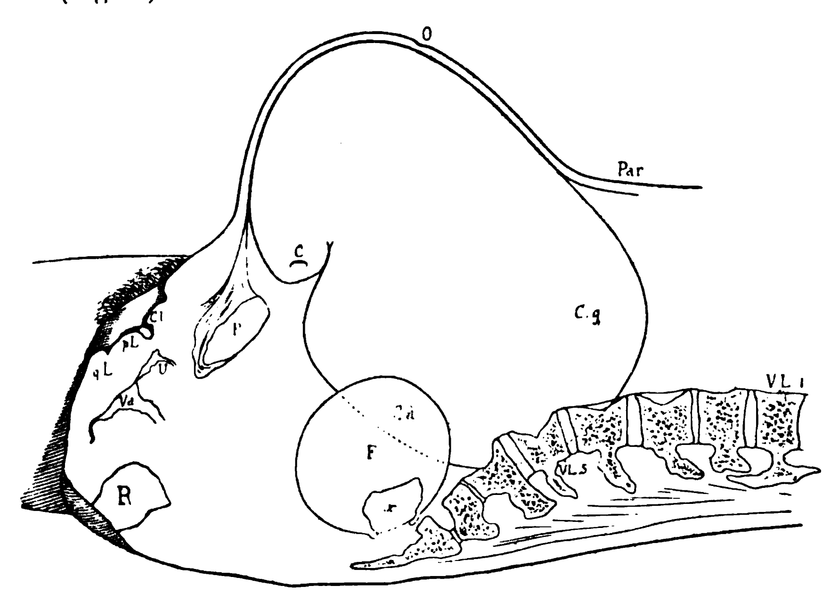


FIG. 3. — (Demi-schématique).

Coupe médiane, verticale, antéro-postérieure vue de gauche, intéressant le contenant, mais pas l'utérus contenu qui s'y trouve enchâssé comme un marron dans une moitié de son enveloppe.

P. Pubis. — VL. 5. Dernière vertèbre lombaire. — VL. 1. Première vertèbre lombaire. — O. Ombilic. — Par. Coupe de la paroi abdominale. — C. Col de l'utérus. — Cg. Corne gauche. — Cd. Corne droite (pointillée). — F. Le fibrome enclavé et adhérent dans la concavité sacrée. — X. Surface mise à nu par la dissection des adhérences. — Cl. Clitoris. — PL. Petite lèvre (coupe). — GL. Grande lèvre (coupe). — Va. Vagin. — U. Orifice de l'urèthre. — R. Rectum.

Il s'agit, on le voit, d'un fait rare, discuté encore par le plus grand nombre des auteurs, *d'une rétroflexion complète de l'utérus gravide à terme.*

Le col est situé dans le grand bassin, refoulé contre la paroi abdominale antérieure ; son orifice externe, qui regarde en bas et un peu en arrière, se trouve à 25 millim. au-dessus du bord supérieur du pubis.

La paroi antérieure de l'utérus est d'abord appliquée, dans l'étendue de 19 centim. à la paroi abdominale antérieure qu'elle soulève en pointe à 28 centim. du plan du lit, ce culmen correspondant à l'ombilic. A partir de ce point la paroi antérieure se coude et redescend très obliquement, en pente brusque, pour gagner le rebord costal sous lequel elle disparaît.

Le fond de l'utérus repose et se moule sur la paroi abdominale postérieure, sur la saillie en dos d'âne de la colonne lombo-sacrée, la *corne droite* faisant une légère saillie dans l'aire pelvienne et détachant à ce niveau la tumeur fibreuse qui, enclavée dans le bassin qu'elle obstrue, descend jusqu'au plancher coccy-sacré. La paroi postérieure de l'utérus formant couvercle à l'excavation pelvienne regarde en bas et en avant, et se continue à angle très aigu avec la paroi postérieure du col. De plus, l'utérus a subi une torsion sur son axe qui porte le hile gauche tout à fait en avant.

La cause de cette conformation extraordinaire de l'utérus gravide à terme est aisée à déterminer. La femme M... avait, antérieurement à la grossesse, un utérus en rétroflexion et fixé dans cette attitude par un fibrome sous-péritonéal sessile du fond, fibrome adhérent à la portion pelvienne de l'S iliaque. Les accidents péri-utérins relevés dans les antécédents, au début de 1894, marquent très probablement le développement de ces adhérences.

L'utérus rétrofléchi et maintenu en rétroflexion, devenu gravide, s'est développé tel quel jusqu'à terme, tandis que croissait la tumeur fibreuse qui, assez petite en 1894 pour être passée inaperçue d'un de nos collègues des hôpitaux les plus versés dans la chirurgie pelvienne, nous est apparue, en août 1896, suffisante pour obstruer le bassin d'où elle avait,

en se développant, chassé l'utérus toujours en rétroflexion.

Le point de cette observation qui doit attirer spécialement l'attention est celui-ci : l'*absence complète au cours de la grossesse de tout phénomène pelvien ou utérin*. La constipation n'a pas attiré l'attention et n'a, à aucun moment, nécessité de traitement spécial. La miction a toujours été régulière. Pas la moindre menace d'avortement ou d'accouchement prématuré. Bref la grossesse s'est jusqu'au dernier moment comportée de façon si normale que M..., dont l'attention était éveillée par sa maladie de 1894, n'a jamais songé à consulter. Sans l'hémorrhagie qui l'a surprise le 30 août, tout près du terme, elle ne serait venue à la Clinique que lors de l'apparition des premières douleurs, pour un accouchement qui lui semblait ne pas devoir présenter de difficultés.

Cette histoire cadre peu avec les descriptions que font nos auteurs classiques de la rétroversion gravide à marche lente, suite d'adhérences, signalée par Tyler Smith et Bernütz. « Le déplacement, disent-ils, persiste surtout quand il y a des adhérences et bientôt on observe tous les symptômes de la rétroversion à marche lente dont le phénomène le plus important est la rétention d'urine. »

« Nous signalerons, disent Tarnier et Budin, certains cas rares où l'utérus gravide rétroversé a pu continuer à se développer, grâce à une extension particulière de sa face antérieure ; *une partie de la matrice restant dans le petit bassin*, la paroi antérieure de l'organe se laisse distendre peu à peu, puis dépasse le détroit supérieur et envahit la cavité abdominale... Que devient la grossesse dans ces conditions ? Elle peut continuer plus ou moins longtemps suivant l'espace que le fœtus trouve pour son accroissement.

« Toutefois un avortement peut en interrompre le cours, ou bien des phénomènes d'enclavement surviennent, mais ils sont généralement plus tardifs que dans les cas ordinaires. D'autres fois, la grossesse arrive à une époque avancée et se termine par un accouchement prématuré.

« Enfin il est des cas où elle peut aller jusqu'à terme comme Scharlau, Chantreuil, etc., en ont cité des exemples.

« Malgré l'opinion de Depaul, ces faits de *rétroversion partielle* persistant jusqu'à une époque avancée et même jusqu'au terme de la gestation ne doivent pas être confondus avec ceux d'obliquité postérieure de l'utérus ou de *développement sacciforme* de segment postéro-inférieur de cet organe qui se produisent généralement à la fin de la grossesse et en dehors de toute rétroversion antérieure. »

Cette rétroversion partielle à laquelle Tarnier et Budin font allusion dans les lignes qui précèdent, pas plus que le développement sacciforme n'ont rien à voir avec la forme de rétroflexion que nous décrivons ici. On peut s'en convaincre aisément en comparant notre figure 3 avec la figure 9 de Tarnier et Budin (1) et avec la figure de Barnes. La rétroflexion dans notre cas est totale et non partielle; elle est abdominale et non pelvienne. C'est évidemment dans cette dernière particularité qu'il faut chercher l'explication de l'absence des symptômes et des accidents relevés dans les observations de rétroflexion partielle et de développement sacciforme.

Il me paraît intéressant de rapporter ici une observation publiée dans le *New-York Journal of Gynecology and Obstetrics*, t. III, Juin 1893, p. 484 à 486, par G.-E. Hermann, accoucheur du London Hospital et du General Lying in Hospital, président de la Société obstétricale de Londres.

On se rendra compte à la lecture combien il importe d'attirer l'attention sur cette variété rare de rétroflexion totale à terme qui peut donner lieu à de singulières méprises.

C'est après avoir eu connaissance d'une observation publiée par le Dr C.-A. Ramdohrs dans le même *New-York Journal*, et ayant trait à une rétroflexion partielle traitée par la

(1) *Traité de l'art des accouchements*, t. II, p. 234.

césarienne et terminée par la mort, que G.-E. Hermann s'est décidé à faire connaître le cas extraordinaire que voici :

« *Un cas d'opération de Porro pour une indication unique.*

Le 2 mars 1893 je fus appelé près d'une femme E. A., âgée de 36 ans. Les douleurs du travail avaient commencé à 8 heures du matin. Les membranes s'étaient rompues à 9 heures. Je vis la patiente à 4 heures du soir. Les douleurs étaient énergiques et revenaient toutes les 3 ou 4 minutes et le pouls était à 140.

Le col de l'utérus était haut situé derrière la symphyse. L'orifice allongé transversalement. Ce col était refoulé en avant par une tumeur ronde et dure ayant le volume d'une noix de coco et située dans la concavité du sacrum, entre le vagin et le rectum.

La tumeur était absolument immobile. J'y enfonçai un trocart mais rien ne s'écoula. Il était donc évident qu'un accouchement naturel était impossible.

La parturiente fut transportée au London Hospital et dès que les préparatifs furent faits l'opération césarienne fut pratiquée vers 6 h. 30 du soir.

On nota à l'incision de l'utérus la minceur de sa paroi antérieure. L'enfant était putréfié. L'orsqu'il fut extrait, la cavité qu'il occupait fut trouvée divisée en deux parties par une cloison transversale remontant à 4 ou 5 pouces au dessus du détroit supérieur. La partie de la cavité située en avant de la cloison transversale communiquait avec le canal cervical ; la partie située en arrière se terminait en cul-de-sac au niveau à peu près du détroit supérieur.

L'enfant avait l'abdomen dirigé en arrière, plié sur la cloison.

Ce singulier état de choses me causa quelque perplexité car je ne reconnus pas d'abord à quoi j'avais affaire. Dans l'incertitude où j'étais, l'opération de Porro me sembla l'intervention à préférer. Une ligature élastique fut donc passée autour de la base du sac qu'avait occupé l'enfant, c'est-à-dire autour du col et du fond de l'utérus, et la partie située au dessus de la ligature fut amputée.

L'examen de la partie enlevée et la considération de l'état de choses trouvé au cours de l'opération montrèrent clairement de quoi il s'agissait.

L'utérus avait été rétrofléchi par un fibrome attaché à la paroi postérieure. Ce fibrome, par suite d'adhérences ou par une autre cause, je ne sais au juste, s'était incarcéré dans la concavité du

sacrum et avait empêché le fond de l'utérus de s'élever. L'utérus était donc resté rétrofléchi, et sa cavité s'était développée aux dépens de sa paroi antérieure.

Le septum qui divisait la cavité utérine était l'éperon de l'angle de flexion.

Le pouls était à 140 au début de l'opération. La quantité de sang perdue ne fut pas trop grande. Le pouls, qui après l'intervention était plus large sans être plus rapide, ne s'accéléra pas par la suite. Mais il devint de plus en plus faible et la patiente succomba au bout de 4 heures.

Les amis de l'opérée nous refusèrent la permission de faire l'autopsie. Mais la tumeur fut incisée par le vagin et le fragment enlevé examiné au microscope. Il s'agissait d'un fibro-myôme.

Il est difficile de dire si l'opération de Porro était ou non le meilleur traitement dans ce cas. L'inclusion d'une si grosse masse dans la ligature élastique doit avoir aggravé le shock opératoire. Mais si j'avais suturé l'utérus et enlevé les ovaires la patiente eût été exposée à des dangers d'un autre ordre. Je n'aurais pas osé espérer que cet utérus aminci restât contracté et je ne pouvais penser sans crainte à la rétention possible des lochies dans la cavité utérine fixée en rétroflexion et aux conséquences d'une telle rétention. »

Le second point sur lequel nous appelons l'attention, c'est *la facilité de l'extirpation totale de l'utérus gravide à terme, non évacué au préalable et à vascularisation maxima.* La perte sanguine a été insignifiante, nullement comparable à ce qu'elle est dans une opération césarienne soit conservatrice, soit radicale. La bénignité des suites opératoires est également digne de remarque.

L'observation que nous publions est, croyons-nous, la première hystérectomie totale faite *de propos délibéré, et avec succès, au terme de la grossesse au lieu et place de l'opération césarienne suivie d'amputation utéro-ovarique.*

L'extirpation abdominale totale de l'utérus gravide non préalablement évacué par l'opération césarienne n'a été faite avec succès que dans les premiers six mois de la grossesse compliquée de cancer du col opérable ou de fibromes. La non viabilité de l'enfant à cette époque permet en effet de le laisser, vivant ou mort, dans l'utérus à extirper. Une opération

semblable faite à terme par Murphy pour un cancer du col a été suivie de mort dans les 48 heures.

Quant à l'hystérectomie abdominale totale consécutive à l'opération césarienne, dont MM. Pinard et Segond viennent de faire une heureuse application au traitement de certains cas de viciations pelviennes, elle a été pratiquée également un certain nombre de fois : 1° dans le traitement du cancer du col compliquant la grossesse et l'accouchement. C'est à tort, ainsi qu'on va le voir par la lecture des tableaux qui suivent, qu'on l'a baptisée du nom d'opération de Bischoff (de Bâle). C'est en effet Schröder qui l'a pratiquée le premier.

2° Dans le traitement des fibromes compliquant la grossesse et l'accouchement.

3° Dans le traitement des rétrécissements extrêmes du bassin.

Les tableaux suivants (voir pages 118 à 123) résument les 26 observations que j'ai pu rassembler.

Nous avons éliminé de cette statistique tout ce qui n'est pas extirpation totale de l'utérus gravide ou parturient par la voie abdominale *exclusivement*.

C'est ainsi qu'on n'y trouvera pas les hystérectomies totales par les voies vaginale et abdominale combinées de Zweifel (1), Werth (2), Stocker (3), Jacobs (4), Fehling (5), de Ott (6), Mangiagalli (7), Chiarleoni (8), Charlotte-B.

---

(1) ZWEIFEL, 9 octobre 1888. *Centralbl., f. Gyn.*, 1889, n° 12, p. 103 à 200, mars 1893, in P. CARUSO. Operazioni complementari del taglio cesareo. *Ann. di Ost. e Gin.*, juillet 1894, p. 386.

(2) WERTH. 27 avril 1889, in CARUSO, *ibid.*, p. 384.

(3) STOCKER. 21 avril 1889, in *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 32, p. 632 à 634.

(4) JACOBS. Janvier 1892, in *Centr. f. Gyn.*, 1892, n° 17, p. 335 à 336.

(5) FEHLING. In *Monatsch. f. Geb. u. gyn.*, t. 2, p. 349, 1895.

(6) V. OTT. In *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 24 ; H. 1 ; 1896.

(7) MANGIAGALLI. In E. AMADEI, Isterectomia cesarea totale vagino abdominale per carcinoma. *Annali di Ost. e Gyn.*, mai 1896, p. 394.

(8) CHIARLEONI. *Ibid.*, p. 399.

Brown (1), etc., non plus que les cas de Warren (2), de Reverdin (3), etc., qui, vérification faite, sont des cas d'hystérectomies partielles, d'opérations de Porro avec traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule.

De côté également les hystérectomies abdominales totales pour rupture utérine qui, au point de vue des conditions où s'accomplit l'acte opératoire, n'ont rien de comparable aux interventions que nous passons en revue.

Nous restons en présence de 27 hystérectomies abdominales totales (4) faites de 1879 à 1897 et qui se soldent en bloc par 18 guérisons et 9 morts.

Ces 27 cas sont trop dissemblables pour que l'on puisse, en s'appuyant sur le bloc, tenter de juger l'avenir de l'hystérectomie obstétricale. Il faut les grouper suivant que l'hystérectomie a été pratiquée sur un utérus cancéreux, sur un utérus fibromateux, sur un utérus non dégénéré, l'indication étant dans ce dernier cas l'existence d'un rétrécissement du bassin.

Cancer du col.............	11 cas	avec	4 guérisons	et	7 morts.
Fibromes..................	7	—	6	—	1 mort.
Bassins rétrécis..........	8	—	7	—	1 —
Tumeur intra-ligamentaire.	1	—	1	—	—

Cela prouve, et il fallait s'y attendre, qu'au point de vue du pronostic opératoire, il y a une différence capitale entre l'extirpation abdominale totale d'un utérus cancéreux et celle d'un utérus atteint de fibrome ou non dégénéré.

Cette gravité plus grande du pronostic, dans les cas de cancer, persiste de quelque façon qu'on catégorise les observations.

En les lisant, on s'aperçoit bientôt, en effet, que le plus grand nombre de ces interventions chez des cancéreuses ont été pratiquées après des tergiversations et une expecta-

(1) *Occidental medical Times*, août 1896.

(2) WARREN, *Americ. Journ. of. Obst.*, janvier 1882.

(3) *Bullet. et mém. Soc. chir.* Paris, n° 1, t. 20, p. 199 à 203.

(4) En y joignant notre observation.

EAU I.

Hystérectomie abdominale totale sans opération césarienne préalable.

OPÉRATEUR ET DATE	INDICATIONS	SUITES OPÉRATOIRES	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
	a). Au voisinage du terme.		
1. J. **Murphy** 12 décembre 1888.	Vpare de 33 ans. Cancer du col. Amenée de la ville, le travail durant depuis 4 jours; épuisée par hémorrhagies répétées. Fœtus mort, membranes intactes. Laparotomie. Pour économiser le sang et le temps, uterus extirpé sans ouverture préalable. Ligature et section des ligaments larges; incision transversale antérieure pour libérer la vessie et ouvrir le vagin; id. postérieure. Pinces de Péan sur les parois du vagin. Section de celui-ci, extirpation de l'utérus. Drainage (tube de verre) par la brèche vaginale.	Morte au bout de 48 heures, d'épuisement. A l'autopsie ni péritonite ni carcinose péritonéale.	*British. med. journ.*, 10 octobre 1891, p. 795.
	b). Avant le 7e mois.		
2. **Mackenrodt.** 1er août 1890.	VII pare de 34 ans, exsangue, hémorrhagies incessantes depuis quatre mois. Grossesse de 6 mois et cancer du col. — Transfusion. Hystérectomie abdominale totale sans évacuation préalable de l'utérus. (voy. le man. opér. in *Ann. de Gynécol.*, t. XLII, p. 88.	Morte le lendemain de collapsus malgré une nouvelle transfusion. Autopsie : anémie profonde de tous les organes.	E. HERNANDEZ, *Traitement du cancer de l'utérus gravide*, in-8°, Paris, 1893, Steinheil, p. 29.
3. **Mackenrodt.** Novembre 1891.	Vpare de 35 ans. Grossesse de 6 mois et cancer du col. Même opération que ci-dessus. Durée 48 minutes.	Guérison opératoire; sortie le 26e jour. Morte 7 mois après, cancer intestinal, iléus, laparotomie, résection et anus contre nature, morte le 7e jour.	*Ibid.*

4. **Mackenrodt.** Juin 1892.	IVpare. Grossesse de 5 mois et cancer du col. Même opération que ci-dessus.	Guérison opératoire. Revue en bon état en février 1893.	*Ibid.*
5. **A. Martin.** 14 novembre 1888.	Femme de 37 ans. 1 avortement antérieur. Volumineux myôme du corps et 2 myômes du col de la grosseur d'un œuf de poule. Grossesse de 4 mois. Symptômes graves de compression empêchant l'expectation jusqu'à la viabilité du fœtus. Laparotomie. Enucléation des fibromes jugée impossible sans ouverture de la cavité utérine. Extirpation abdominale totale. Durée 88 minutes. Drainage vaginal.	Guérie. Sort le 33me jour.	*Zeitschr. f. Geb. u Gyn.* T. 20, p. 109.
6. **A. Martin.** 4 décembre 1889.	Femme de 28 ans, laparotomie il y a un an pour tumeur ovarienne. Grossesse de 3 à 4 mois compliquée de tumeur intraligamentaire gauche polykystique une fois plus grosse qu'une tête d'enfant. Laparotomie et extirpation totale de l'utérus. Drainage par le vagin.	Guérie. Sort le 16me jour.	*Ibid.*, p. 118.
7. **Kufferath.** (Bruxelles).	Femme de 30 ans, IIIpare. Grossesse de 3 mois 1/2 à 4 mois compliquée de fibromes, l'utérus dépassant l'ombilic de plus. travers de doigt. Vives douleurs, troubles vésicaux et rectaux, vomissements graves. Laparotomie suivie d'hystérectomie totale.	En bon état le 12me jour (lors de la présentation).	*Bullet. de la Soc. belge de gynéc. et d'obstétr.*, 1896, n° 9, p. 192.
8. **Lannelongue.** (Bordeaux). 6 juillet 1892.	Femme de 36 ans. Enorme tumeur fibreuse du fond de l'utérus. Grossesse de 4 mois non soupçonnée; hystérométrie 10 centim. Hystérectomie abdominale d'après le procédé de Guermonprez.	En bon état 10me jour (lors de la présentation)	*Soc. d'obs. et de gyn. de Bordeaux*, 12 juillet 1892; in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 juillet 1892, n° 30, p. 360
9. **Ch. Monod.** 1896.	39 ans. Multipare. Arrêt des règles depuis 4 mois. Fibromes utérins à marche rapide dépassant l'ombilic. Hystérectomie abdominale totale. Grossesse de 4 mois non soupçonnée, hydramnios.	Guérie.	*Bull. Soc. anatomique*, 1896, p. 740, et ci-après, p. 129.

TABLEAU II.

Hystérectomie abdominale totale comme complément de l'opération césarienne.

OPÉRATEUR ET DATE	INDICATIONS	SUITES OPÉRATOIRES	ENFANT	INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
	A — CANCER DU COL. *a). Au voisinage du terme.*			
1. **Schröder.** 27 octobre 1879.	IIIpare en travail. Cancer du col. Temp. 39°,5. Enfant vivant présentant le sommet. Opération césarienne suivie d'opération de Freund.	Morte le lendemain.	Asphyxié, non ranimé.	*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XII, p. 280 (observ. très écourtée)
2. **Bischoff.** (Bâle). 17 décembre 1879.	VIIIpare de 41 ans. Grossesse de 8 mois et cancer du col; femme épuisée par hémorrhagies répétées. Opération césarienne suivie d'opération de Freund, hémorrhagie grave pendant l'opération rendue difficile par la propagation du cancer au parametrium gauche; on a lié l'uretère gauche.	Morte quelque heures après de collapsus.	Fille vivante de 3.200 gr. Vivante en 1883.	*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. X, p. 14.
3. **Schröder.** 1885.	Femme en travail prématuré, 7 semaines avant terme. Cancer du col. Fièvre, putréfaction, souffrance du fœtus. Opération césarienne suivie d'opération de Freund. Blessure de la vessie.	Morte 5 h. après. Péritonite à streptocoques.	Asphyxié, n'a pu être ranimé.	*Gesellsch. f. Geb. u. Gyn.* Berlin, 27 nov. 1885, in *Centralbl. f. gyn.*, 1886, p. [illegible]0 (observation écourtée, en présentant la pièce.)
4. **Fochier.** (Lyon). 15 mars 1888.	VIpare de 38 ans, en travail depuis 10 jours, à terme. Cancer du col. Pas de fièvre. Enfant mort. Opération césarienne suivie d'opération de Freund (du pus s'écoule à l'ouv. de l'abdomen).	Morte au bout de 79 heures. Péritonite purulente.	Mort, avant l'interv.	*Lyon médical*, 13 mai 1888, p. 58 (observation écourtée).

5. **Freund.** (Strasbourg). 28 juin 1888.	Vpare cachectique de 33 ans en travail depuis 48 heures, à 8 mois 1/2. Cancer du col étendu au paramétrium surtout à gauche. Opération césarienne suivie d'opération de Freund.	Morte sur la table. Anémie et collapsus cardiaque.	Vivant, gros, fort.	Grapow. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 17, p. 110.
6. **Fritsch.** (Breslau). 8 novembre 1891.	VIIpare, de 35 ans à terme, à la Clinique depuis plusieurs jours, en travail depuis la veille. Cancer de la portion vaginale étendu à la paroi postérieure du vagin et au paramétrium droit. Opération césarienne suivie d'opération de Freund. Durée 2 heures. Drainage vaginal à la gaze iodoformée (enlevé le 6e jour).	Guérie après longue suppuration. Les sutures abdominales ayant été enlevées le 7e jour, la plaie se désunit par vomissement et une anse d'intestin fait issue au dehors. Réduction et suture.	Vivant 3,000 gr.	H. Möller. *Centralbl. f. Gyn.*, 1892, n° 6, p. 99.

b) Avant le 7e mois.

7. **Spencer Wells** 21 octobre 1881.	VIIpare, grossesse de 6 mois et épithélioma du col. Au cours d'une tentative d'hystérectomie abdominale totale sans évacuation préalable de l'utérus celui-ci est ouvert en disséquant la vessie. Ponction de l'œuf, extraction du fœtus et terminaison de l'hystérectomie. Durée 1 heure. Suture, pas de drainage.	Guérison opérat. Se lève le 28e jour bien qu'au 8e jour se soit produite la même complication que dans le cas précédent.	Mort 670 gr.	*Medic. chir. Transact.*, Londres, 1882, t. XLV, p. 25 à 37.

B. — Fibromes.

8. **Fritsch.** (Breslau). 1891.	Volumineux myôme du col. Maladie de Bright. Eclampsie. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale à la Martin.	Morte le 6e jour sans fièvre, de l'opér. ou du mal de Bright ?	pas de renseignement.	*Soc. obst. de Berlin*, 27 février 1891, in *Centr. f. gyn.*, 1891, n° 18, p. 362 (observ. écourtée).

OPÉRATEUR ET DATE	INDICATIONS	SUITES OPÉRATOIRES		INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE
9. **Guermonprez.** (Lille). 9 juillet 1895.	Ipare de 34 ans, à terme, en travail. Fibrome irréductible obstruant le bassin. Membranes rompues. Enfant vivant. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale en deux temps. Drainage à la Mickulicz les 3 premiers jours.	Guérie.	Vivant. (poids non indiqué.)	Documents sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibro-myômes utérins. Paris, 1896, J.-B. Baillière, p. 177 à 183.
	C. — BASSINS VICIÉS.			
10. **Bossi.** (Gênes). 7 janvier 1893.	IVpare de 30 ans à terme, en travail depuis quelques heures. Bassin ostéomalacique ; diam. bi-ischiatique 55 millim. Opération césarienne suivie d'hystérectomie à la Martin. Ligature et section des ligaments larges. Incision circulaire du péritoire, désinsertion du vagin, hémostase à la soie, suture du vagin et du péritoine.	Guérie sans fièvre.	Vivant.	*Ann. di Ostetr. e Ginec.*, Milan, t. 16, p. 74 à 87.
11. **Rieppi.** (Udine). 29 avril 1894.	Ipare de 30 ans. Bassin rachitique C. V. 65 millim. Taille 1 m. 54. A terme, au début du travail, opération césarienne. Utérus inerte et saignant. Extirpation totale. Suture du vagin et du péritoine. Drainage à la gaze iodof. par l'angle sup^r de la plaie abdominale (enlevé le 4me jour, suture).	Guérie sans fièvre.	Vivant 2850 gr.	*Ann. di Ostetr. e Ginec.*, Milan, 1895, n° 12.
12. **Rieppi.** 19 juillet 1894.	Ipare de 22 ans. Conjugué vrai 55 millim. amenée en travail (depuis la veille), examinée au dehors, poche rompue. Opération césarienne, suivie d'extirpation totale indiquée à la fois par l'inertie utérine et le rétrécissement absolu. Drainage par la plaie abdominale (enlevé le 5e jour, suture).	Guérie ; fièvre légère. Sortie le 20e jour.	Vivant 3600 gr.	*Ibid.*

13. **Rieppi.** 15 juin 1895.	Ipare. Conjugué vrai de 45 millim. Envoyée par un médecin de la ville, en travail, poche rompue. Opération césarienne et hystérectomie totale. Pas de drainage.	Guérie sans réaction. Sortie le 18 août.	Vivant 3,000 gr.	*Ibid.*
14. **Schauta.** 21 février 1895.	XIpare de 43 ans. Bassin ostéomalacique à rétrécissement absolu. Opération césarienne au début du travail suivie d'hystérectomie totale. Suture du péritoine.	Guérie.	Vivant	*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 2, p. 162 (observation écourtée).
15. **Pantaloni** (Marseille.) 22 juin 1896.	Ipare de 28 ans, à terme. Ankylose des deux hanches, suite de coxalgie. Accouchement jugé impossible par les voies naturelles. Opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale. Drainage abdominale les 3 premiers jours.	Guérie ; suites comme celles d'un accouchement normal. Se lève le 21e jour.	Vivant 2,800 gr.	*Arch. provinc. de chir.*, t. 6, n° 2, p. 118, 1er février 1897.
16. **Pinard** et **Segond.** 16 décembre 1896.	Ipare de 32 ans ; à terme, à la clinique depuis 2 mois. Bassin rachitique asymétrique. Conjugué diagonal 78 millim. Enfant vivant. Opération césarienne au début du travail par Pinard. Hystérectomie abdominale totale par Segond. Drainage vaginal. (Méthode américaine.)	Guérie. Drainage enlevé le 18e jour, se lève le 21e jour.	Vivant 3,000 gr.	*Bullet. Acad. de Méd.*, 19 janvier 1897, p. 47 à 50 et ci-dessus p. 97.
17. **Pinard** et **Segond.** 28 janvier 1897.	Ipare de 41 ans, à terme, en travail depuis 21 heures, amenée du dehors, examinée en ville par une sage-femme et un médecin, albuminurique. Bassin rachitique. Conjugué vrai de 75 à 80 millim. Œuf ouvert, liquide vert. Battements irréguliers 120 à 170. Température 37°,4. Pouls 120. Opération césarienne par Pinard, hystérectomie totale par Segond, comme précédemment.	Morte 50 heures après. La température n'a pas dépassé 37°,8. Pouls 120 à 160. Vomissements, ballonnement considérable du ventre, faciès abdominal, extrémités froides. Autopsie, pas de péritonite évidente, deux cuillerées de liquide sanguinolent.	Vivant 2,850 gr. ranimé après 15 minutes d'insufflation.	Inédite.

tion prolongées, alors que du fait de la longue durée du travail s'étaient déjà développées l'infection, la putréfaction utéro-vaginales ; on s'aperçoit encore que c'est parmi elles que se rencontrent les observations les plus anciennes en date (1879), remontant par conséquent à une époque où l'antisepsie n'était pas ce qu'elle est aujourd'hui et où le manuel opératoire était encore à l'état embryonnaire. Peut-on comparer la statistique tant et si justement décriée naguère de l'opération de Freund à celles de l'hystérectomie abdominale actuelle ?

Même en laissant de côté ce dernier point de vue, une division s'impose donc en :

Interventions de choix au cours de la grossesse.................... 5 avec 3 guérisons et 2 morts.
Interventions de nécessité au cours du travail...................... 6 avec 1 guérison et 5 morts.

Les deux morts au cours de la grossesse ont trait : 1° à une femme épuisée par des hémorrhagies répétées et qui a succombé en quelques heures (Bischoff, tableau II, obs. 2) ; 2° à une femme exsangue à laquelle on dut faire une transfusion préalable et qui succomba le lendemain au collapsus malgré une nouvelle transfusion (Mackenrodt, tableau I, obs. 2).

Dans le second groupe, le cas de guérison est le seul où l'opération ait été faite dans des conditions comparables à celles qu'offre la grossesse (tableau II, obs. 6) : la femme était en surveillance dans une clinique depuis quelques jours ; l'hystérectomie, décidée à l'avance, fut exécutée de bonne heure, au début du travail, la femme n'étant ni fatiguée, ni infectée. Tandis que dans les deux cas de Schröder, la fièvre était déjà installée, que dans celui de Fochier il y avait péritonite, que dans celui de Murphy la femme arrivait de la ville après un travail de 4 jours, que dans celui de Freund la patiente en travail depuis 48 heures était cachectique (1).

(1) Le tome 3 (p. 166) du *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896 contient la courte, note qui suit :

« La doctoresse Dokuschewskaja rapporte un cas d'opération césarienne

Si donc on voulait persister dans cette voie de l'hystérectomie abdominale totale pour cancer, ce qui n'est peut-être pas très rationnel, il faudrait réserver cette opération aux cas où, le cancer étant bien nettement limité au col, on peut intervenir au cours de la grossesse ou au début du travail, et continuer à traiter par le Porro les cas où l'on n'est appelé à pratiquer l'opération césarienne qu'en dernier ressort, tardivement, chez des femmes à tractus génital infecté.

Les résultats obtenus dans les cas de **fibromes** sont plus encourageants. Au nombre de 7, ces observations nous donnent 6 guérisons et 1 mort. On peut même faire rentrer dans ce groupe le cas de Martin (tumeur intra-ligamentaire polykystique) soit 8 opérations avec 7 guérisons et 1 mort.

Elles se répartissent en :

5 opérations pratiquées avant le 7e mois.... 5 guérisons.
3 opérations à terme ou près du terme..... 2 guérisons, 1 mort.

Pour ces trois derniers cas, l'hystérectomie abdominale totale ayant été faite de bonne heure, au début du travail, alors que les femmes n'étaient ni infectées ni épuisées, il ne saurait y avoir, du fait du travail, une aggravation aussi sérieuse du pronostic que semblent l'indiquer ces chiffres. De fait, l'albuminurie et l'éclampsie paraissent avoir été, dans le cas mortel de Fritsch (tableau II, obs. 8), les causes déterminantes de l'insuccès.

En l'absence de complications de cet ordre qui n'ont rien à voir avec la dégénérescence fibromateuse, l'hystérectomie abdominale totale nous paraît devoir donner, dans le traitement des fibromes compliquant la grossesse ou l'accouche-

---

pour cancer du col suivie d'extirpation totale de l'utérus. La patiente se présenta à l'Helenengebäranstalt au 9e mois de sa grossesse avec un cancer très étendu du col empêchant l'accouchement par les voies naturelles. L'opération césarienne, pratiquée par le professeur Ott, permit d'extraire une fille vivante de 3,020 gr. ; on pratiqua aussitôt après l'extirpation totale de l'utérus. La mère et l'enfant sont sortis en bon état. » — Les détails manquant nous nous sommes abstenu de faire rentrer cette obserservation dans nos tableaux.

ment, des résultats supérieurs à ceux de l'opération de Porro avec traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule (1).

Les mêmes raisons qui la font préférer par le gynécologue doivent la faire préférer par l'accoucheur.

Lorsque l'enfant n'est pas viable ou lorsque, ayant dépassé le septième mois, il est mort au moment où l'intervention s'impose — comme dans notre cas — le mieux est de faire l'hystérectomie sans s'occuper de lui et de traiter l'utérus plein comme l'utérus vide. Économie de temps et de sang, facilité plus grande d'extirpation, telles sont les raisons qui militent contre l'hystérotomie préalable.

Restent les **rétrécissements du bassin**.

Nous avons, dans ce groupe, 8 cas avec 8 enfants vivants, 7 guérisons et 1 mort maternelle. Nous ne parlons que des cas publiés. Peut-être en est-il d'autres (2). S'il faut, en effet, croire Gigli (*Ann. di Ostetricia e Ginec.*, octobre, 1894, p. 649) qui dit l'avoir vu, Fritsch, alors à Breslau, aurait fait l'hystérectomie abdominale totale sur une femme ayant un rétrécissement très prononcé du bassin, arrivée à la Clinique, en travail depuis quelques heures, après un assez long trajet en chemin de fer, et ayant subi plusieurs tentatives infructueuses d'accouchement par les voies naturelles.

Fritsch aurait extrait l'utérus sans évacuation préalable comme s'il se fût agi d'un gros fibrome interstitiel. La femme aurait guéri.

Des 8 observations dont nous possédons le compte-rendu détaillé, 7 ont trait à des indications absolues, à l'opération césarienne et 1 à une indication relative.

Parmi les 7 à indication absolue, il en est 6, celle de Bossi,

---

(1) Schauta (*loc. citato*) dit qu'il a fait, outre l'hystérectome totale pour rétrécissement extrême rapportée ci-dessus (tableau 2, obs. 14), 3 autres extirpations abdominales totales d'utérus gravide atteints de volumineux myômes. Les 3 femmes ont guéri. Nous n'avons pas, faute de détails, voulu joindre ces 3 cas aux précédents.

(2) Les *Annales de gynécologie* recevront avec reconnaissance toute communication qu'on voudra bien leur faire sur ce sujet.

a première de Rieppi, celle de Schauta, celle de Pantaloni et la première de Pinard où la question de l'hystérectomie abdominale totale complémentaire ne pouvait se poser que pour ceux qui, comme nous, sont partisans de l'opération radicale dans les cas de rétrécissement extrême. Il s'agit, en effet, de cas *aseptiques* où les partisans de la césarienne conservatrice n'hésitent pas à opérer.

Mais, étant donné qu'on préfère, comme nous, l'opération radicale, il semble que l'on doive recourir à l'hystérectomie totale de préférence au Porro, pour les raisons qui font préférer actuellement l'hystérectomie à l'amputation supra-vaginale, qui faisaient préférer naguère le traitement intra-péritonéal au traitement extra-péritonéal du pédicule.

A condition, nous empresserons-nous d'ajouter, qu'on soit entraîné à la pratique de la chirurgie abdominale ; il nous semble en effet que, pour le praticien, une fois par hasard acculé à l'opération césarienne, la méthode de choix doive rester le classique Porro.

Dans les deux autres cas à indication absolue, ceux de Rieppi, la question de l'hystérectomie abdominale totale pouvait se poser même aux partisans en principe de l'opération césarienne conservatrice en cas de rétrécissement absolu. Il s'agissait, en effet, de femmes dont le travail avait commencé en ville; chez qui, la poche étant rompue, des examens répétés avaient été pratiqués par des mains suspectes ; il y avait donc, pour tout le monde, indication à une opération radicale.

Et la question se pose alors entre le Porro classique qui, jusqu'à présent, a paru l'intervention de choix dans ces cas suspects et l'hystérectomie abdominale totale.

En théorie, Schauta se prononce pour le Porro classique et croit qu'il faut réserver l'hystérectomie abdominale totale aux cas aseptiques. En pratique, Rieppi a passé outre et s'en est bien trouvé. Nous allons revenir sur ce point à propos de la dernière observation de notre statistique. Il s'agit d'une hystérectomie totale faite par M. Pinard dans un cas de

rétrécissément pelvien justiciable de la symphyséotomie, mais où celle-ci a été jugée plus périlleuse pour la mère et pour l'enfant que l'opération césarienne (indication relative).

Étant admis cette indication à la césarienne, il ne pouvait être question que de l'opération radicale, les conditions dans esquelles se trouvait la parturiente contre-indiquant la césarienne conservatrice puisqu'elles contre-indiquaient la symphyséotomie.

En faveur de l'opération classique il y avait des raisons de fait et des raisons théoriques; des raisons de fait: les résultats favorables *quoad vitam* donnés jusqu'alors en pareils cas par l'opération de Porro classique (1); des raisons théoriques: la possibilité de vider hors du ventre l'utérus à contenu suspect, de faire une opération primitivement et secondairement extra-péritonéale.

Contre l'opération de Porro, et en faveur de l'hystérectomie totale, il y avait le désir de ne rien laisser d'un utérus qu'on supposait infecté, rien qui fût capable de donner naissance par la suite à des complications septiques. C'est l'hystérectomie totale qui fut choisie. La femme a succombé cinquante heures plus tard avec accélération du pouls, température au-dessous de 38°, vomissements, ballonnement du ventre.

On ne peut, sur un aussi petit nombre de faits, prononcer pour ou contre l'application aux cas *suspects* de l'hystérectomie abdomidale totale. Le sujet mérite qu'on y réfléchisse et qu'on ne se hâte pas de lâcher la proie pour l'ombre.

(1) Voyez ci-dessus, p. 101.

FIBROME UTÉRIN. GROSSESSE. HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Par Ch. Monod.
Chirurgien de l'hôpital [illegible]

OBSERVATION (1). — La nommée M..., âgée de [illegible] ans, [illegible] entrée le 30 octobre 1896, pavillon [illegible], service du Dr Ch. Monod.

Antécédents. — Mariée à 16 ans, cette malade n'a jamais eu d'enfants, pas de fausses couches. Elle a été réglée à 15 ans sans souffrances. Les règles ont toujours été normales ; jamais un seul retard. Pas de ménorrhagie, ni de leucorrhée.

Santé générale habituellement bonne.

Les dernières règles datent du 20 juillet 1896.

Vers le 20 août, époque où la menstruation aurait dû se faire, la malade ressent pour la première fois des douleurs dans le ventre, irradiant dans les lombes et dans les jambes, exagérées par la marche ; d'ailleurs peu intenses.

On relève, par l'interrogatoire, des signes probables de grossesse qui se seraient manifestés à ce moment : nausées, quelques vomissements, lassitude générale ; picotements au niveau des seins qui auraient légèrement augmenté de volume. L'appétit et les digestions sont restés bons.

Ces divers incidents n'ont pas empêché la malade de travailler jusqu'à son entrée à l'hôpital. Elle n'a aucune idée qu'elle puisse être enceinte, — après 23 ans d'un mariage resté jusqu'ici stérile — et ne vient consulter que pour les tumeurs volumineuses qui distendent son ventre et dont elle demande à être débarrassée.

État à l'entrée. — L'état général de la malade est excellent. L'attention n'est attirée tout d'abord que par le ventre qui se présente sous l'aspect suivant :

Inspection. — A première vue le ventre est gros, on voit se dessiner sous la peau, dans le flanc gauche, au niveau et à la

(1) Observation rédigée d'après les notes de M. Fernand Monod, interne du service.

hauteur de l'ombilic, une saillie globuleuse qui semble avoir le volume d'une tête de fœtus à terme.

Palpation et percussion. — Il existe deux tumeurs distinctes :

La *première*, celle qui forme une saillie visible, siège dans le flanc gauche, débordant vers l'hypochondre; sa limite supérieure est à deux bons travers de doigt au-dessus de l'ombilic, de consistance dure, fibreuse, absolument mate à la percussion, indolore, elle jouit d'une mobilité relative, se laisse facilement refouler vers la ligne médiane, qu'elle dépasse pour reprendre aussitôt sa position première. Sa forme est assez régulièrement arrondie dans son segment supérieur; inférieurement, elle se confond avec la seconde tumeur et avec les organes du petit bassin. Elle ne suit aucunement les mouvements respiratoires, elle est d'ailleurs manifestement distincte du foie.

La *seconde tumeur* occupe la fosse iliaque droite. Elle est moins volumineuse, et ne fait point de saillie appréciable. Sa limite supérieure, qui décrit une courbe arrondie à concavité inférieure, s'arrête à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic; elle déborde un peu dans le flanc droit. Indolore, mate comme la précédente, ne suivant pas non plus les mouvements respiratoires, séparée du foie par une zone de sonorité, elle n'est pas mobile, et diffère surtout de la première tumeur par une *fluctuation* manifeste; c'est absolument la sensation que peut donner une collection kystique contenue dans une poche résistante.

Les deux tumeurs se confondent et semblent unies par une base commune sur la ligne médiane, à l'hypogastre.

Toucher. — Le toucher devait révéler l'existence d'une *troisième* tumeur.

On tombe immédiatement, en effet, par le *toucher vaginal*, sur une grosse masse dure, de dureté fibreuse qui remplit le cul-de-sac postérieur et latéral droit. Il semble par le toucher combiné qu'elle se continue avec l'une ou l'autre des deux tumeurs abdominales — plutôt peut-être avec la seconde ; les pressions exercées sur celle-ci se transmettent un peu mieux au doigt vaginal appliqué sur la tumeur inférieure.

Cette tumeur est enclavée dans le petit bassin et ne jouit que d'une mobilité douteuse.

Le col utérin, un peu mou, entr'ouvert, est repoussé en avant. On sent mal le corps de l'utérus qui se confond avec les masses

abdominales. Par le toucher combiné, les pressions exercées sur celles-ci se transmettent au col utérin.

Par le *toucher rectal*, on retrouve la tumeur inférieure qui fait dans l'intestin une saillie considérable. Il semble que par là on puisse la mobiliser et la refouler en haut.

Diagnostic. — Un premier diagnostic s'impose, celui de tumeurs fibreuses — probablement sous-péritonéales, à cause de l'absence de métrorrhagies — pour la première et la troisième tumeur. Pour la seconde, il est plus indécis. On songe à la possibilité soit d'un kyste ovarique, soit plutôt d'une grossesse extra-utérine. En effet, outre la suppression très nette et brusque des règles, jusque-là régulières, et les signes probables de grossesse dont il a été parlé, il existe autour du mamelon des tubercules de Montgomery et sur la ligne blanche de l'abdomen une pigmentation assez nette.

On ne s'arrête guère à l'idée d'une grossesse normale compliquée de fibromes.

On comprend que dans ces conditions on se soit décidé à une intervention radicale, instamment demandée, d'ailleurs par la malade.

OPÉRATION, 7 novembre 1896, avec le bon concours de mon excellent collègue, M. le Dr ARROU.

Laparotomie médiane, incision sous-ombilicale presque aussitôt prolongée au-dessus de l'ombilic. Le ventre ouvert, on découvre immédiatement la tumeur droite, elle est lisse, d'aspect charnu, et contient évidemment du liquide ; son aspect est celui de l'utérus distendu ou d'un corps fibreux mou.

La laissant en place, je vais à la recherche de la seconde tumeur celle de gauche, qui s'enfonce sous la lèvre gauche de l'incision ; celle-ci est dure, mobile et est facilement amenée dans la plaie ; c'est évidemment un fibrome. Elle se confond à sa base avec la tumeur de droite. Dans l'effort que je fais pour l'amener dans la plaie, la tumeur de droite, suivant le mouvement, comprimée latéralement, crève et laisse échapper en même temps qu'un liquide abondant, clair, un petit fœtus de 4 mois environ. Des éponges en grand nombre, étanchent le liquide écoulé ; d'autres refoulent la masse intestinale, d'autant plus aisément que la malade est aussitôt placée en position déclive.

Continuant l'exploration du ventre, je plonge la main dans l'ex-

cavation, où je découvre sans peine la troisième tumeur, sentie par le toucher vaginal. Comme les précédentes, elle est libre de toute adhérence et peut très facilement, elle aussi, être amenée dans la plaie. Cette troisième tumeur, comme la première n'est autre qu'un fibrome.

J'ai, en somme, actuellement en mains et hors du ventre l'utérus gravide vidé, et revenu sur lui-même, flanqué de deux grosses tumeurs fibreuses ; le col utérin très allongé leur forme comme un pédicule commun qui s'enfonce dans le petit bassin.

Il m'est facile de placer deux clamps sur le segment inférieur de l'utérus, à l'origine du col, au-dessous des tumeurs, clamps embrassant les deux ligaments larges. Une section faite au-dessus d'eux libère définitivement l'utérus et les deux tumeurs.

Je complète l'opération par l'extraction, en un second temps, du moignon utérin restant et du col.

En prévision d'une hystérectomie abdominale totale, et de manœuvres possibles par le vagin, celui-ci avait été lavé, brossé, irrigué et finalement tamponné à la gaze iodoformée.

Je prie M. Arrou d'introduire par la vulve un long clamp courbe et de le pousser jusque vers le cul-de-sac postérieur. Sur cette pince, dont je sens nettement l'extrémité derrière le moignon utérin, j'incise le vagin; et à travers l'ouverture ainsi faite je vais saisir le col que j'attire en haut. Je le dégage, au bistouri et aux ciseaux, de ses insertions vaginales, à gauche d'abord puis en avant (une sonde dans la vessie indiquant la situation de celle-ci et permettant de l'éviter), puis à droite par arrachement.

Le moignon utérin est ainsi complètement enlevé. J'ai supprimé, au cours de cette dernière manœuvre, les deux pinces-clamps placées sur les ligaments larges, saisissant à mesure les artères qui saignaient Ces artères sont maintenant liées avec des fils de soie, dont les chefs, laissés longs, sont ramenés par le vagin à la vulve. Je place ainsi 4 à 5 ligatures.

Pour fermer la large ouverture péritonéo-vaginale résultant de l'ablation du col, je fais deux surjets à la soie, l'un à droite, l'autre à gauche, auxquels j'ajoute quelques points séparés. Tous ces fils embrassent à la fois les bords des tranches vaginales et le péritoine.

Les chefs de ces fils sont, comme les précédents, amenés par le vagin à la vulve.

En tirant sur l'extrémité de ces fils, on constate que l'ouverture vagino-péritonéale plissée, en bourse est bien fermée.

Pour plus de sûreté, en raison du liquide qui est écoulé dans le péritoine, je pousse jusqu'au fond du petit bassin une mèche de gaze à la Mickulicz avec un drain dont l'extrémité supérieure sortira par la partie inférieure de la plaie.

Celle-ci est fermée par une suture au crin de Florence, à un étage.

L'opération proprement dite a duré trente-cinq minutes. Mais plus d'une heure s'est écoulée depuis le début de la chloroformisation jusqu'au retour de la malade à son lit (1).

Suites. — Bonnes. Choc peu considérable. Injections sous-cutanées de sérum, le premier et le deuxième jour (400 et 500 gr.).

La température (axillaire) restée aux environs de 37°, les six premiers jours, s'élève le septième à 38°,9 sans cause appréciable, pour retomber dès le lendemain à la normale et y rester.

Le pouls a atteint 130 et 140 les deux premiers jours ; il revient aux environs de 100 le troisième jour et y demeure jusqu'au quatorzième, puis redevient normal.

Le « Mickulicz » est enlevé le 9 novembre ; il est remplacé par un drain qui est lui-même supprimé le 11 ; le suintement a été peu abondant.

Du côté du vagin, qui a été garni de gaze iodoformée ; rien à noter jusqu'au huitième jour. Ce jour, lendemain de l'élévation passagère de la température et le suivant, la malade expulse quelques gros caillots. On la soumet dès lors à des injections vaginales d'eau bouillie, renouvelées deux fois par jour ; l'eau du lavage sort rosée pendant cinq à six jours.

Les fils pendant à la vulve se détachent, soit d'eux-mêmes, soit à la suite de légères tractions, du 17 au 30 novembre.

Ceux de la plaie ont été enlevés le 17 novembre, réunion parfaite, sauf le trajet du drain.

La malade en très bon état est ramenée, le 30 novembre, du pavillon d'isolement à la salle commune. Elle commence à se lever. La petite ouverture résultant du passage du drain est

(1) La pièce avec figure et un résumé de l'observation a été présentée à la Société de chirurgie. Séance du 11 novembre 1896. *Bullet. de la Soc. de ch.*, p. 708.

occupée par une croûte et peut être considérée comme guérie.

Impatiente de rentrer chez elle, Mme M..., se sentant en état de sortir et prétextant des affaires de famille, fait signer sa pancarte par le directeur, dans l'après-midi du 4 décembre, et quitte l'hôpital sans prendre congé de nous.

Elle n'a pas été revue.

DES ÉLÉMENTS GLANDULAIRES DANS LES FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS

Par **Félix Legueu**, chirurgien des hôpitaux, et **Marien** (de Montréal).

Grâce à l'hystérectomie vaginale, nous avons entre les mains des tumeurs plus jeunes, plus rapprochées de leur début : certains détails qui échappaient dans des tumeurs à la fois plus volumineuses et plus anciennes, s'observent plus aisément, et la question de l'anatomie pathologique des fibro-myômes de l'utérus y a déjà gagné beaucoup et y gagnera encore.

Quand on étudie des coupes histologiques de fibromes utérins jeunes, de ceux surtout qui sont encore proches de la cavité utérine, il n'est pas rare de trouver au centre de la tumeur ou à sa périphérie des éléments épithéliaux inclus au milieu des fibres musculaires et du tissu conjonctif. L'aspect sous lequel ils se présentent varie : en général ils sont contitués par des tubes glandulaires, tapissés d'un épithélium cylindrique à une seule couche irrégulière.

Depuis quelque temps la présence de ces éléments épithéliaux a été signalée par plusieurs auteurs.

Hauser (1) trouva dans un myôme sous-séreux gros comme une noisette un groupe de glandes qui communiquaient entre elles ; elles étaient pourvues d'un épithélium cylindrique sans cils vibratiles. On les voyait surtout près de la périphérie de la tumeur. Hauser rappelle que Babrius, Diester-

---

(1) HAUSER. *Münch. Med. Woch.*, 1893, n° 20.

weg, Schröder et Rüge ont déjà fait des constatations analogues.

De même Schottländer (1) constata dans un myôme sous-muqueux de petites cavités kystiques incluses au milieu du tissu myomateux. Elles étaient séparées de ce tissu par une couche de tissu conjonctif riche en cellules avec des noyaux colorés, et tapissées d'un épithélium cylindrique régulièrement disposé. Par place l'épithélium est cubique, ailleurs il manque complètement. Dans leur ensemble, ces cavités rappellent par leur forme tubulée, les glandes de la muqueuse utérine Ailleurs, il est vrai, elles perdent leurs caractères typiques.

Recklinghausen (2), dans un important travail analysé ici même sur les adénomyômes et les cystadénomes de l'utérus, étudie les caractères de ces productions dans des tumeurs dont il fait une catégorie à part.

Sur plusieurs des fibromes que nous avons enlevés par l'hystérectomie vaginale nous avons fait de semblables constatations. Nous avons souvent trouvé dans l'épaisseur des parois de ces tumeurs fibro-myomateuses des ilots isolés d'éléments épithéliaux. Il nous est arrivé de trouver dans de petites tumeurs solitaires, développées dans le fond de l'utérus et au niveau des cornes utérines, des traces d'éléments épithéliaux absolument identiques à ceux de la muqueuse utérine. Nous les avons aussi retrouvés à une assez grande distance de la cavité utérine, et sur des points éloignés des conduits, normalement tapissés d'épithélium.

Tout en rapportant en détail l'examen histologique de nos préparations, nous voulons apporter notre contribution à l'histoire anatomique des myômes de l'utérus, et aborder plus spécialement la question discutée de l'*origine* et de la *transformation* des éléments glandulaires contenus dans ces tumeurs.

(1) SCHOTTLANDER. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, t. XXVIII, p. 320.
(2) *Ann. de gynéc.*, 1896, t. 46, p. 60.

I. — Origine des éléments glandulaires.

Relativement à l'origine de ces éléments, deux hypothèses ont été émises. Les uns admettent que ces éléments épithéliaux ne sont que les restes, les débris du corps de Wolf; les autres admettent qu'ils proviennent de la muqueuse enflammée.

La première théorie est défendue par Diesterweg, par Hauser : la seconde est soutenue par Schröder.

Hauser s'appuie pour éliminer l'hypothèse d'une inflammation de la muqueuse sur la situation sous-séreuse, et sur la distance qui séparait sa tumeur de la cavité utérine.

Pour Schottländer au contraire, ces glandes viendraient de la muqueuse utérine ; le développement du myôme irrite la muqueuse, et celle-ci, enflammée, envoie dans la tumeur des invaginations glandulaires. La prolifération glandulaire serait concomitante du développement de la tumeur. Et plus loin, d'ailleurs, il ajoute : « Nous ne serions pas éloigné de croire que l'inflammation de la muqueuse utérine doit être regardée comme le fait primitif de la formation du myôme. »

L'examen d'une des tumeurs que nous avons examinée, vient confirmer cette assertion de Schottländer : au sein d'une tumeur fibreuse, nous avons trouvé des éléments glandulaires, ayant les caractères des invaginations tubulaires de la muqueuse utérine. Celle-ci était d'ailleurs enflammée à la surface de la tumeur, et, en examinant la tumeur de la périphérie au centre, on suivait pour ainsi dire, toutes les phases de l'inflammation ; au dehors, les lésions étaient embryonnaires et récentes : au centre, elles étaient anciennes et parvenues au stade de la dégénérescence fibreuse.

Voici d'ailleurs le résumé de l'examen de cette pièce, qui a déjà été présentée à la Société anatomique (1).

---

(1) LEGUEU et MARIEN. Note sur le rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibro-myômes utérins. *Bull. de la Soc. anat.*, LXXIe année, 5e série, t. 10, 1896, p. 329.

« Dans le fond d'un utérus enlevé par l'hystérectomie vaginale, se trouvaient trois petits fibromes ayant chacun le volume d'une grosse noix. Développées dans la paroi utérine, ces tumeurs étaient superposées les unes au dessus des autres. Des tractus de tissu conjonctif les circonscrivaient en partie, les isolaient les unes des autres, et les séparaient des tissus voisins.

Une seule de ces tumeurs faisait saillie dans la cavité utérine. De forme ovoïde, elle était reliée à la paroi par un large pédicule.

Ces trois tumeurs étaient des fibro-myômes; mais au point de vue histologique, elles présentaient chacune des caractères particuliers sur lesquels nous devons insister.

La tumeur *le plus haut située* était développée au milieu du tissu musculaire normal de l'utérus : elle est constituée en majeure partie par des *éléments musculaires hypertrophiés*. Ces éléments sont disposés en faisceaux entrecroisés qui se présentent sous l'aspect de tourbillons. Quelques faisceaux de fibres conjonctives apparaissent par place pour diviser en lobes et en lobules les tourbillons musculaires.

La *seconde tumeur*, située au-dessous de la précédente, est elle aussi constituée par des éléments musculaires mais ceux-ci sont bien moins nombreux. Le tissu fibreux prédomine: les amas de fibres musculaires sont circonscrits par de larges bandes de tissu fibreux très dense et contenant peu d'éléments figurés. Les vaisseaux eux-mêmes présentent des lésions anciennes très accusées. Ils ont une paroi épaissie et sclérosée : leur calibre est sensiblement diminué, et ils ont même disparu par places, étouffés par du tissu fibreux.

La *troisième tumeur*, la tumeur sous-muqueuse, présente des particularités de structure plus intéressantes.

Dans les coupes qui portent sur la périphérie de la tumeur, on retrouve partout au pourtour de ce fibrome, sauf au niveau de son pédicule, une zone de prolifération irrégulière et sur certains points plus épaisse. Cette zone est essentiellement constituée par les éléments inflammatoires, qui se présentent sous l'aspect de trois types de cellules. Sur les points les plus périphériques de la zone de prolifération ce sont surtout des cellules rondes que l'on aperçoit; elles ont un gros noyau, très avide de matières colorantes, peu de protoplasma et plusieurs sont en karyokinèse.

A mesure qu'on se rapproche du centre de la préparation, les cellules deviennent fusiformes, puis elles se transforment peu à peu en grandes cellules connectives et en cellules ramifiées.

D'autre part, au sein de cette prolifération d'éléments embryonnaires, on voit que l'épithélium très hypertrophié de la surface de la muqueuse utérine a proliféré à son tour. Ce revêtement

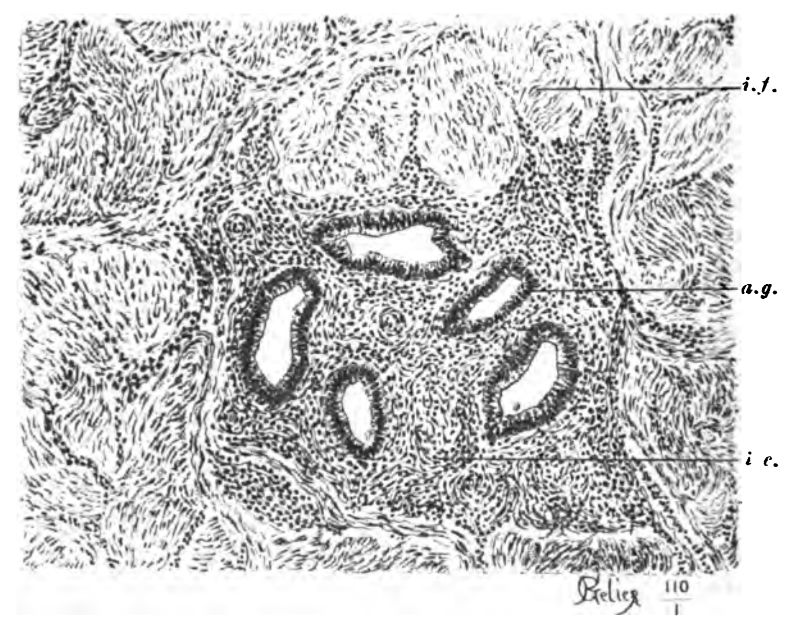


FIG. 1. — Adénome développé sous l'influence de l'inflammation dans un fibro-myôme de l'utérus.

Au centre, on voit des tubes glandulaires tapissés par de l'épithélium cylindrique (*a. g.*). Une zone d'infiltration embryonnaire les environne (*i. e.*) A la périphérie, on voit le tissu normal fibro-myôme (*i. f.*).

épithélial pénètre en certains points dans la profondeur pour former *des tubes glandulaires*.

Ces tubes ou culs-de-sac, tout en conservant une certaine symétrie, quant à leur forme et à leurs dimensions, forment parfois de longs boyaux, qui pénètrent jusqu'au centre de la tumeur. Ils sont tapissés d'une couche d'épithélium cylindrique.

Au milieu des éléments en train de proliférer, les vaisseaux

sanguins, très nombreux, sont constitués par des capillaires néoformés, qui ont pour paroi des cellules embryonnaires.

Comme sur les autres tumeurs, le centre de la coupe montre l'existence d'éléments fibro-musculaires, disposés en faisceaux entrecroisés. Les éléments musculaires peu nombreux se composent de grosses cellules musculaires lisses hypertrophiées. Elles sont aussi divisées en lobules par de larges travées de tissu fibreux ; mais ici l'élément inflammatoire l'emporte de beaucoup sur les autres.

En effet, des ilots de cellules inflammatoires apparaissent encore au sein du tissu fibreux bien organisé, que l'on trouve au centre de la coupe. Ils se présentent en certains points sous l'aspect de larges pointes effilées, qui, en les dissociant, s'avancent à une assez grande profondeur, à travers des faisceaux de tissu musculaire. Il existe donc encore à ce niveau une myosite interstitielle assez intense, en train d'évoluer dans le sens de la transformation fibroïde, cicatricielle, tout en provoquant une hypertrophie du tissu musculaire. »

Il est évident que sur cette pièce, et c'est au moins l'interprétation que nous formulons, les éléments glandulaires développés au sein de la tumeur proviennent de la muqueuse utérine, à laquelle ils sont encore reliés par places. Si, par le fait de son développement, la tumeur avait plus tard perdu contact avec la muqueuse, les éléments glandulaires auraient été entraînés avec elle; et, en les retrouvant un jour à une distance relativement éloignée de la muqueuse, on aurait été tenté de conclure à leur indépendance primitive de la muqueuse. Nous pensons donc que le plus souvent les éléments épithéliaux que l'on retrouve dans les fibromes viennent de la muqueuse, dont ils sont une dépendance.

A un autre point de vue, au point de vue du développement des fibromes, l'étude de cette pièce nous a amenés à une autre conclusion : c'est que le développement du fibrome a été la conséquence de l'inflammation de la muqueuse. Cette conclusion, d'ailleurs discutable, mérite d'être développée.

Dans les trois tumeurs, il y avait des traces manifestes d'inflammation, mais à un degré variable pour chacune

d'elles. La tumeur la plus interne, celle qui était en rapport avec la muqueuse enflammée, présentait le degré le plus accentué de l'inflammation, prolifération embryonnaire, prolifération de la muqueuse, hypertrophie des éléments musculaires et du tissu conjonctif. Sur les autres tumeurs, les lésions sont plus anciennes, et par conséquent plus avancées : elles sont constituées dans l'une des tumeurs par l'hypertrophie des fibres musculaires, et de larges travées de tissu fibreux : on ne voit plus d'éléments embryonnaires.

On ne peut admettre une simple coïncidence entre l'inflammation de la métrite caractérisée par la prolifération inflammatoire, car la nature ou du moins la composition différente des trois tumeurs marque comme une étape avec l'inflammation simple et l'hypertrophie musculaire, qui constitue presque exclusivement la tumeur la plus éloignée.

On ne peut admettre non plus que le fibrome a provoqué la métrite, ce serait aller à l'encontre des lois les plus élémentaires de la pathologie générale.

Nous pensons donc que les fibromes, dans le cas qui nous occupe, se sont développés sous l'influence de l'inflammation, que la lésion première et initiale a été l'inflammation de la muqueuse, et que la lésion secondaire et consécutive a été la prolifération des éléments conjonctifs et musculaires, d'où est résulté le fibrome.

L'inflammation partie de la muqueuse s'est propagée au tissu sous-muqueux et y a déterminé la prolifération et l'hyperplasie des éléments musculaires et fibreux, qui le constituent; l'inflammation, en se propageant directement au tissu sous-muqueux, a amené la production de la tumeur sous-muqueuse ; le développement des autres tumeurs s'explique parce que l'inflammation s'est propagée de proche en proche, ou par l'intermédiaire des vaisseaux, suivant le mécanisme invoqué par Pilliet (1) pour certaines métrites parenchymateuses.

---

(1) PILLIET. *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1896.

Dans tous les cas, la conclusion principale qui se dégage de ce fait c'est que le fibrome s'est développé sous l'influence d'une inflammation dont la muqueuse est le point de départ, et ce fait vient à l'appui de la théorie irritative et inflammatoire des tumeurs conjonctives.

II — **Évolution et transformation des éléments glandulaires.**

Les éléments glandulaires inclus dans les fibro-myômes sont susceptibles de certaines transformations ; l'étude de ces transformations peut contribuer à élucider certains points discutés de l'anatomie pathologique des myômes de l'utérus.

D'abord ces éléments glandulaires *s'atrophient* souvent : la plupart sont étouffés par la prolifération qui constitue la tumeur. Et cette atrophie va jusqu'à la disparition complète, au point qu'on n'en constate plus aucun vestige. En effet, sur les tumeurs anciennes, dans celles qui, devenues sous-séreuses, se sont depuis longtemps déjà éloignées de la cavité utérine, les coupes histologiques ne démontrent plus aucune trace de ces éléments glandulaires qu'on retrouve au contraire presque toujours sur les tumeurs qui sont au voisinage de la cavité utérine.

Ils peuvent encore subir la transformation myxomateuse : mais plus souvent ils se transforment en kystes, ou dégénèrent en cancer.

a) **Évolution kystique.** — Sur l'utérus, au centre des myômes et quelquefois sans qu'il y ait de tumeurs fibreuses, on a décrit des kystes dont la pathogénie est restée obscure et discutée. Ces kystes sont presque toujours tapissés à leur surface interne d'un épithélium cylindrique.

Certains auteurs rattachent leur formation à l'évolution des restes du corps de Wolf : telle est l'opinion de Coblentz. De même Fischel en 1884 attribue la formation des kystes dans les myômes à la transformation des épithéliums provenant du corps de Wolf. Cette opinion est confirmée par

Klein, qui, le premier, en 1890 communiqua un cas de dégénérescence kystique des canaux de Wolf dans la partie utérine de leur trajet. Il s'agissait d'une enfant nouveau-née, chez laquelle se trouvaient deux vagins et deux utérus séparés par une mince cloison vaginale, nulle part interrompue. Dans la paroi droite de l'utérus se trouvait un canal tortueux que Klein regarde comme le canal de Wolf du côté droit avec dilatation kystique : il appuie son opinion sur le siège et le trajet du kyste, bien qu'au microscope il n'ait trouvé aucune trace d'épithélium de revêtement.

Recklinghausen attribue également la formation des kystes aux transformations de l'épithélium du corps de Wolf. Et d'ailleurs les recherches de Klein, de Recklinghausen sur les restes du corps de Wolf inclus dans le tissu utérin, ne laissent aucun doute sur la réalité de l'existence des vestiges du corps de Wolf au contact de l'utérus ou dans sa substance.

S'il est incontestable que dans certains cas de grands kystes de l'utérus ont une origine wolfienne, il en est cependant un certain nombre qui relèvent d'un autre processus ; ils résultent de la transformation des éléments glandulaires partis de la muqueuse utérine.

Löhlein en 1889 a présenté à la Société de gynécologie de Berlin un cas d'adénome du corps utérin avec formations kystiques multiples dans la paroi du corps. L'utérus était pénétré de petits espaces cavitaires du volume d'un pois ; les cavités kystiques furent considérées comme des produits glandulaires.

Schatz, de même, attribue à une transformation kystadénomateuse des glandes de l'utérus les kystes développés dans la paroi d'un fibro-adénome diffus des polypeux et de l'utérus, observé et examiné par lui.

Nous pensons que c'est à l'évolution des éléments épithéliaux contenus dans les myômes, éléments que nous avons vu venir de la muqueuse, que l'on doit attribuer la production des kystes à revêtements épithéliaux, que l'on trouve sou-

vent dans les myômes. Sur l'une de nos pièces, en effet, nous avons trouvé côte à côte des cavités kystiques et des éléments glandulaires disséminés, non encore transformés.

Dans le centre d'une tumeur fibro-myomateuse développée dans le fond de l'utérus, au niveau de la corne droite de cet organe, nous trouvons une cavité kystique, remplie d'un liquide



FIG. 2. — Fibro-myôme kystique de l'utérus.

En haut on voit la paroi du kyste tapissée par un épithélium cylindrique *(r.c.)*. Plus bas et à droite, un tube glandulaire est revêtu du même épithélium *(a.g.)*. *i.f.* fibro-myôme.

grisâtre et opaque. Cette cavité offre les dimensions d'un œuf de pigeon environ. Elle est assez régulièrement sphérique et ne semble pas communiquer avec les deux ou trois autres petites cavités glandulaires de peu de volume, qui existent dans le voisinage.

Sur des coupes comprenant à la fois une partie de la tumeur fibro-myomateuse et la moitié environ de la paroi de la cavité, nous voyons qu'il s'agit de formations glandulaires développées au milieu d'un fibro-myôme d'ailleurs régulièrement disposé.

Un revêtement épithélial formé de cellules cylindriques tapisse régulièrement la cavité kystique.

Ce revêtement s'enfonce par places dans le tissu sous-jacent pour former des tubes et des culs-de-sac glandulaires ; il repose sur un substratum qui se présente sous l'aspect d'une zone assez large composée d'éléments jeunes; cette rangée de cellules cylindriques se trouve ainsi séparée des tissus fibro-musculaires par une certaine épaisseur de cellules fusiformes et de cellules rondes en contact les unes avec les autres.

A mesure qu'on se rapproche des tissus fibro-myomateux, les cellules jeunes changent d'aspect et deviennent ramifiées. Il est donc évident qu'il y a là aussi une prolifération cellulaire très active.

Sur des coupes faites au niveau des petites cavités glandulaires, l'on voit qu'elles offrent les mêmes caractères, et qu'elles sont constituées par les mêmes éléments.

b) **Transformation cancéreuse.** — Sur un autre fibrome, nous avons observé une dégénérescence cancéreuse des plus évidentes : la tumeur datait de longtemps, la transformation était récente. L'examen clinique nous avait fait supposer la malignité de la tumeur. L'examen histologique a confirmé nos prévisions.

Voici d'ailleurs la description de la tumeur :

Fibro-myôme avec îlots cancéreux. — Dans la paroi d'une volumineuse tumeur fibro-myomateuse, nous avons trouvé un certain nombre de petits territoires tout à fait distincts du reste de la tumeur. Déjà à l'œil nu nous pouvions nous rendre compte que ces amas diffus de tissu ramolli et friable étaient bien de nature cancéreuse ; ils se présentaient sous un aspect gris jaunâtre, étaient d'une consistance très friable et se désagrégeaient très facilement par le raclage.

Il est à remarquer que toute la masse de la tumeur, ayant atteint le poids de 1,800 grammes, présentait une série de trans-

formations surtout appréciables à la périphérie. Elle était de consistance dure comme de la pierre sur certains points, tandis que sur d'autres points elle était fibreuse et élastique ou molle et fluctuante.



Fig. — 3. Fibro-myôme cancéreux.

En haut, on voit les îlots fibro-myomateux (*i.f.*). En bas, éléments cancéreux dissociant le tissu de la tumeur (*c. c.*).

En effet, à la coupe, l'on voit qu'elle est constituée par des tissus et des éléments divers.

A la périphérie, un certain nombre de blocs fibreux ont subi une série de transformations. Les uns sont devenus très durs, se sont rétractés et se sont transformés en substance calcaire. D'autres se sont ramollis, sont fluctuants et ont subi une dégénérescence myxomateuse ou mucoïde.

Le tissu fibreux qui forme la presque totalité de la tumeur offre une coloration blanchâtre nacrée; il est très résistant et crie sous le couteau. Il y a toutefois au milieu de ces tissus très denses et très fermes des blocs d'une consistance moins dure. Ce sont des lobes d'éléments musculaires cloisonnés par des travées de tissu fibreux ou entourés d'une capsule fibro-conjonctive moins résistante, à travers laquelle cheminent de nombreux vaisseaux.

Dans la profondeur de la masse fibro-myomateuse, on trouve des îlots de tissus présentant des caractères cancéreux et qu'il est facile de distinguer du reste de la tumeur sur des coupes faites à ce niveau et passant à la fois à travers le tissu dur et résistant et le tissu mou et friable; on constate à ce niveau les caractères microscopiques suivants:

Des travées de cellules épithéliales pénètrent dans les interstices fibro-conjonctifs circonvoisins et envahissent la tumeur fibro-myomateuse.

De longues travées larges de quatre à six cellules et plus s'enfoncent à une assez grande profondeur entre les faisceaux fibro-musculaires.

Le tissu conjonctif, qui entoure les vaisseaux, est aussi envahi par les cellules cancéreuses, mais celles-ci semblent respecter la paroi propre des vaisseaux qui sont intacts. Il semble qu'elles ont dissocié les travées conjonctives, en les refoulant pour pénétrer dans tous les interstices cellulaires qui constituent la capsule des petits blocs fibro-myomateux.

Si on examine les coupes au centre des îlots cancéreux, on voit que les cellules épithéliales, très variables quant à leur morphologie et à leur dimension, sont entassées les unes contre les autres; elles remplissent des alvéoles dont les parois sont constituées par du tissu fibreux. Ce stroma se présente, soit sous l'apparence de larges travées de tissu fibreux homogène et très dense, soit sous l'aspect d'un fin réseau fibrillaire formé de cellules connectives.

Les cellules cancéreuses sont excessivement variables et semblent douées d'une prolifération excessive.

Les unes sont rondes et petites, les autres sont polymorphes et volumineuses; elles varient de 1/100 à 6/100 de millimètre; elles affectent différentes formes; on voit par exemple, des

cellules en raquette, sphériques, prismatiques, des cellules en fuseau et d'autres étranglées en sablier. Quelques-unes renferment de deux à plusieurs noyaux et l'on voit des cellules géantes par exemple, qui contiennent un grand nombre de noyaux.

Toutes ces cellules se colorent très avidement par les réactifs ordinaires. Il est évident que l'on se trouve en présence d'un épithélioma d'une grande malignité dont la topographie répond au type des cancers décrits sous le nom de carcinomes.

Les observations de dégénérescence cancéreuse des myômes ne sont pas fréquentes. Klob, Rœhrig, Glaser et Coë en ont observé des exemples. Et l'on a discuté sur l'origine des éléments épithéliaux qui venaient se substituer aux éléments du fibrome. Nous pensons que c'est à une transformation évolutive des éléments glandulaires qu'il faut rattacher l'apparition de ce cancer sur une tumeur conjonctive; ils évoluent comme un parasite de la tumeur principale.

De ces quelques observations nous tirons les conclusions suivantes :

1° Les éléments glandulaires que l'on trouve dans les fibro-myômes de l'utérus viennent par prolifération de la muqueuse.

2° L'évolution de ces éléments glandulaires explique le développement des kystes à revêtement épithélial, que l'on observe dans ces tumeurs : elle explique aussi la question controversée de la transformation des fibromes en cancer.

LA PÉRIVAGINITE PHLEGMONEUSE DISSÉQUANTE (1)

Par **Weber.**

Je commencerai par relater l'observation qui a été le point de départ de ce travail.

Le 7 mai 1896 a été admise à l'hôpital Sainte-Marie-Magdelaine une nommée Karpoff, âgée de 35 ans, journalière, avec des sym-

(1) Traduit du russe par Mme Rechtsamer, Dr en médecine.

tômes d'un état typhique. Réglée à 14 ans, pour la première fois, les règles revenaient depuis régulièrement, durant 3 ou 4 jours, indolores.

Elle eut 3 accouchements à terme sans suites pathologiques, pas de fausses couches. Mariée depuis 15 ans, séparée de son mari depuis quelques années, elle n'a pas eu depuis longtemps de rapports sexuels.

La veille de son entrée à l'hôpital, elle a été prise de frissons, avec chaleur. Jusqu'à ce moment elle n'avait jamais été malade et n'avait jamais cessé de travailler.

Le diagnostic a été typhus abdominal, fièvre typhoïde. Température du soir 40°,5, langue sèche, ictère, diarrhée légère, délire. La rate est très peu augmentée. Il n'y a pas d'éruption.

Le 5e jour après son entrée, on constata un écoulement vaginal sanguinolent, qui a pris bientôt un caractère ichoreux.

Le 14, c'est-à-dire le 8e jour, dans la nuit, métrorrhagie abondante sans aucune cause. La sage-femme appelée a trouvé dans le vagin un corps gangréneux, mais ayant peur de l'extraire, elle a tamponné avec de la gaze l'entrée du vagin.

Le lendemain ce corps a été extrait avec des caillots sanguins, c'était le vagin et le col de l'utérus, gangrenés, présentant la forme d'un tube creux, dont la paroi antérieure était longue de 9,5 centim. et la paroi postérieure de 12 centim.; l'épaisseur de la paroi était inégale, tantôt très mince, transparente, tantôt présentant une épaisseur de 1/2 à 1 centim. L'orifice inférieur vulvaire de ce tube présente des bords déchiquetés et est beaucoup plus large que l'orifice supérieur qui est en forme de fente allongée. Les parois du tube sont très épaissies dans cet endroit et en imposent pour la lèvre antérieure et postérieure du col de l'utérus.

La surface intérieure du tube est unie et ce n'est qu'à la partie inférieure qu'elle présente une rangée de plis transversaux, correspondant aux columnæ rugarum; la surface extérieure est très inégale, en forme de franges.

Le tissu a conservé encore assez bien sa structure.

A l'examen microscopique il présentait toutes les parties constituantes des parois vaginales; les parties inférieures du tube, près de l'anneau vulvaire, ont subi des modifications très prononcées; dans la partie supérieure et épaissie du tube on a trouvé une masse de glandes présentant lastructure caractéristique des

glandes du col utérin. L'épithélium de ces glandes a conservé sa disposition, les noyaux ne se coloraient plus et le protoplasma a été transformé en une masse grenue.

Ce jour même l'état de la malade s'est considérablement amélioré. L'état typhoïde a disparu, la température est devenue normale, le bas-ventre seulement un peu sensible.

Au toucher vaginal, immédiatement derrière l'anneau vulvaire, il reste encore une bordure étroite de muqueuse vaginale, friable et hyperhémiée, plus haut le vagin présente une plaie continue. Le toucher est douloureux; le doigt pénètre dans une vaste cavité à parois inégales et comme mangées. Dans la partie supérieure de cette cavité on ne trouve ni un col, qui paraît avoir été éliminé en totalité avec le vagin, ni utérus. La guérison se fit rapidement. L'écoulement ichoreux cessa et prit le caractère purulent. 4 jours après, le vagin présentait une plaie propre et granuleuse. De peur d'une obstruction complète du vagin, l'auteur pratiquait systématiquement le tamponnement. Mais malgré cela, dans l'espace de quinze jours, le vagin s'est transformé en un canal court, admettant à peine l'index. Trois semaines après l'élimination de la partie gangrenée, le vagin était recouvert d'épithélium; il s'est encore raccourci et admettait à peine les deux phalanges du doigt. La cavité avait une forme inégale, ses parois étaient rugueuses. A son extrémité on sentait une petite inégalité, que l'auteur a prise pour l'orifice faisant communiquer le vagin avec l'utérus; il croit ne pas s'être trompé, car bientôt les règles sont venues, elles ont duré quatre jours comme d'habitude, indolores; le 14 juillet, c'est-à-dire cinq semaines après son entrée à l'hôpital, la malade est sortie tout à fait bien portante.

A l'examen bactériologique des sécrétions vaginales, prises immédiatement après la sortie du morceau gangrené, l'auteur a trouvé une culture non pure de différents coccus, ne liquéfiant pas la gélatine. Quelques-uns avaient une tendance très marquée à se réunir en chaînettes courtes et, d'après leur développement dans des milieux nutritifs, pouvaient être rangés dans la catégorie des streptocoques pyogènes; pas de bacilles en général et pas de bacilles de Löffler en particulier dans la sécrétion vaginale.

La périvaginite phlegmoneuse disséquante est une affec-

. ·our la première fois par
. ie la faculté de Moscou,
... e *Moscou* en 1865 et ensuite
.., c. 34. Dans ces dernières, il
... ie s'est développée chez deux
... .ie de 20 ans et une jeune femme

. .. malades ont été admises avec des
. ..aves; mais après l'élimination du
: ..ortifiés elles se sont vite rétablies.
... ..i par la guérison avec cicatrisation
... le vagin. Ensuite, il a paru dans la
... série de travaux sur ce sujet, dont la
...... Minkevitch (*Virchow's Arch.*, Bd. 41);
.. *med. Wochenschrift*, 1876); Syromiat-
. ..., Tchernyschev (*Messager de médecine*,
. ...*t für Gynæcologie*, 1881); Dobbert
. .... *Wochensch.*, 1890); Rhanoutine (*Gazette*
.. . ..., 1891).
. . .. cette affection est excessivement rare,
. . . été décrite qu'une seule fois par Bröse, qui
. ..... du 24 juillet 1892 de la *Société gynécologique*
. ... . a des préparations de périvaginite phlegmo-
...ppée à la suite d'une congestion pulmonaire
. ...iqua ce cas comme le seul décrit en Allema-
. . . .
. . .. n a jamais vu cette affection et il l'a décrite dans
. . . après les auteurs russes, Markonette et Minke-

... les autres traités allemands de gynécologie, elle
. ... mentionnée, du tout ou à peine. J'ai trouvé encore
. la littérature deux cas de Bizzozero (*Gazeta de la clin.*
. ..., 18.., et *Annales de gynécologie*, 1875), un cas de
H...mann, présenté à la *Société gynécologique de Londres*
.. 1er juillet 1887.

L'étiologie de cette affection est inconnue. Dans les

observations de Bröse et Bizzozero la périvaginite phlegmoneuse s'est développée à la suite d'une pneumonie chez des personnes jusqu'alors bien portantes.

Dans le cas de Dobbert elle s'est développée après une fièvre typhoïde, un abcès périvaginal s'est ouvert dans la cavité péritonéale, la malade est morte de péritonite et à l'autopsie on a trouvé dans l'intestin grêle les ulcérations caractéristiques de la fièvre typhoïde en voie de guérison.

Les autres malades avaient une température élevée, mais d'après la marche de la maladie on ne pouvait admettre le diagnostic de la fièvre typhoïde.

Il est plus probable, que les phénomènes généraux étaient dus à l'empoisonnement de l'organisme par le poison septique.

Dans tous les cas, décrits dans la littérature, l'examen bactériologique n'a pas été fait, mais d'après l'analogie et la gravité de la maladie, il est probable qu'il s'agissait également de streptocoque pyogène.

On peut se demander comment le streptocoque se trouve dans le tissu cellulaire périvaginal pour produire la périvaginite phlegmoneuse disséquante.

D'après les recherches de Dœderlein et d'autres auteurs le vagin des femmes bien portantes et non enceintes peut contenir des streptocoques.

Dans toutes les observations de périvaginite décrites dans la littérature, les femmes atteintes étaient jeunes, de classe inférieure et en pleine activité sexuelle. Dans le cas de Minkevitch, la femme était une prostituée. Il est possible que dans un coït violent et énergique, il se forme des fissures et des écorchures dans le vagin facilitant dans des conditions favorables et en l'absence de propreté, la pénétration des streptocoques dans la profondeur du tissu vaginal et la formation d'un processus phlegmoneux grave. Notre malade nie avoir eu des rapports pendant les derniers mois, mais avoue avoir pratiqué de temps en temps l'onanisme, pendant lequel des écorchures auraient pu se produire

et, en outre, la malade était excessivement malpropre.

Dans le cas de M. Syromatnikov, la maladie s'est déclarée à la suite d'une blennorrhagie aiguë. Certes les gonocoques ne peuvent produire une inflammation si diffuse, mais en rendant le tissu plus friable et en amenant des fissures, ils permettent aux streptocoques de pénétrer dans la profondeur.

La périvaginite phlegmoneuse disséquante, malgré la gravité des symptômes, finit assez rarement par la mort. Ainsi, de 12 cas, recueillis dans la littérature, 4 seulement se sont terminés par la mort.

Dans les deux cas mortels (MM. Minkevitch et Hermann) le phlegmon a gagné la vessie, et on a eu non seulement la gangrène du vagin, mais aussi la gangrène de la paroi postérieure de la vessie.

Dans les deux autres cas (Dobbert et Syromatnikow) les malades se trouvaient en voie de guérison et ont succombé à une péritonite purulente, par suite d'un abcès périvaginal qui s'est ouvert dans la cavité péritonéale, dont la cause, dans un de ces cas, était la tentative de tamponner le vagin.

Dans les autres cas, les malades se sont vite remises. Cette issue favorable s'explique par ce fait qu'après l'élimination des parties gangrenées, les écoulements vaginaux se faisant très facilement, la cavité vaginale est rapidement nettoyée et remise.

Dans tous les cas, terminés par la guérison, le vagin, quoique considérablement rétréci, restait encore tout de même assez perméable et les malades continuaient à avoir leurs règles sans aucune difficulté.

La fermeture complète du vagin n'a pas été notée une seule fois. Malheureusement, les observations n'ont pas été suivies pour savoir si les malades étaient capables, plus tard, pour le coït et l'accouchement. L'auteur s'est proposé de faire la transplantation de la muqueuse vaginale, prise chez une autre femme opérée pour un prolapsus d'après la

méthode de Mackenrodt, mais le recouvrement du vagin par l'épithélium se faisait si rapidement, qu'il n'a pu trouver un malade nécessaire. Dans le cas présent et dans quelques autres, le vagin n'était pas entièrement mortifié, mais il restait en arrière de l'anneau vulvaire une bordure peu large de muqueuse, qui faisait principalement les frais de l'épithélium tapissant toute la cavité vaginale.

REVUE CLINIQUE

VARICOCÈLE UTÉRO-OVARIEN

Par **Henri Herbet**, interne des hôpitaux (1).

La femme P..., âgée de 34 ans, entrée le 4 décembre 1896, hôpital Tenon, salle Richard Wallace, n° 7, service du Dr G. Marchant.

Le lundi 1er décembre, dans la soirée, cette femme fut prise assez brusquement de douleurs dans le ventre qui, siégeant d'abord du côté gauche, ne tardèrent pas à se généraliser à tout l'abdomen. Depuis ce moment, arrêt complet des gaz et des matières. Elle entre le jeudi 3 dans la soirée à l'hôpital Tenon. Syndrome complet de l'obstruction intestinale, ventre ballonné, vomissements fécaloïdes, pouls petit, rapide, température 37°. L'état général est encore assez bon. La malade répond bien aux questions qu'on lui pose et on apprend qu'il y a quatre ans, elle a déjà été soignée à l'hôpital Tenon pour une péritonite qui semble avoir été causée par une poussée de salpingite gauche.

Cette femme a eu deux enfants.

On ne trouve rien au niveau des orifices herniaires ordinaires ; le toucher vaginal est difficile ; l'utérus est un peu abaissé.

Le lendemain matin, laparotomie. Éther.

Longue incision sous-ombilicale. Comme on avait constaté une légère submatité à droite, on va voir tout d'abord de ce côté ; on ne trouve rien ; l'appendice est sain.

---

(1) Pièces présentées à la *Société anatomique*, le 18 décembre 1896.

Du côté gauche on trouve des brides fibreuses qui doivent être la cause de l'étranglement. De la région des annexes part une première bride qui va, d'autre part, s'attacher sur une anse d'intestin grêle et qui, dans son trajet, croise perpendiculairement une autre anse de grêle qu'elle étrangle. Dès qu'on a sectionné la bride, l'intestin reprend à peu près son calibre normal.

Une seconde bride partait du même point que la première; mais au lieu de croiser l'anse étranglée, elle s'y attachait dans un point voisin du lieu de l'étranglement, et sur une largeur de 2 centim. à 2 centim. 1/2.

On sectionne cette deuxième bride et on place une petite suture à la soie sur la face intestinale qui saigne un peu.



Fig. 1. — Moitié de la poche enlevée pendant l'opération. Le gros vaisseau béant représente probablement la veine utéro-ovarienne.

Les annexes du côté gauche présentent un aspect bien particulier; elles sont recouvertes d'un plexus variqueux très développé qui semble se continuer avec l'épiploon adhérent au fond de l'utérus.

La circulation est considérablement augmentée dans cet épiploon; les veines y sont volumineuses ; quelques-unes ont le calibre d'une plume d'oie.

On résèque une partie de l'épiploon ; on extirpe également les annexes en faisant un pédicule du côté de l'utérus d'une part, en plaçant une seconde ligature sur les veines qui se prolongent du côté de la paroi externe du bassin, d'autre part.

Les deux feuillets du ligament large dans l'espace compris entre les deux ligatures, sont suturés avec quelques fils de soie.

Les annexes du côté droit paraissent en bon état. On met un drainage à la Mickulicz.

La trompe et l'ovaire enlevés paraissent sains. Au-dessous de la partie interne de la trompe se trouve une poche ou plutôt une moitié de poche qui ressemble à un sac anévrysmal, à en juger par la consistance de ses parois. Un gros vaisseau du calibre d'une plume d'oie, restant béant à la coupe, vient s'y jeter à sa partie externe.

Au moment de l'extirpation des annexes, le fil du pédicule a été placé sur cette poche qui s'est trouvée sectionnée par le milieu.

De cette poche partent de nombreux petits vaisseaux qui vont vers l'ovaire ; du gros tronc béant part un autre petit vaisseau qui suit le bord inférieur de la trompe, ayant le trajet de l'artère tubaire interne.

Dans la journée, la malade semble un peu faible ; elle est pâle, jaune, le pouls est petit, irrégulier, malgré une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. On craint une hémorrhagie, bien que le Mickulicz soit à peine teinté. On enlève quelques points de suture pour regarder, mais tout est en bon état ; on referme immédiatement.

Injection intra-veineuse d'un litre de sérum.

Le pouls se relève immédiatement, la malade semble mieux aller.

Le 5, la maldade rend des gaz et quelque matières, elle ne vomit plus, mais le pouls reste petit, rapide, irrégulier, respiration rapide. Dans la soirée, la malade est anxieuse, presque anhélante : elle meurt brusquement vers 10 heures du soir.

AUTOPSIE, le 2 décembre. — Pas de péritonite : on voit à 5 centim. du cæcum un léger rétrécissement annulaire de l'iléon. C'est là que devait siéger l'étranglement qui d'ailleurs a été bien levé, car les gaz et matières cheminent facilement au niveau de ce point rétréci. Le point où s'attachait la bride cause de l'étranglement était situé un peu plus loin sur l'iléon, à 50 centim environ du cæcum.

Les poumons sont fortement congestionnés dans leurs 2/3 inférieurs. Les autres organes sont sains.

Nous avons enlevé l'utérus et ses annexes et la dissection nous a montré que la poche sectionnée n'est pas un anévrysme comme

on pouvait le croire de prime abord, mais un carrefour où viennent aboutir des veines extrêmement dilatées venues de l'utérus et de l'ovaire.

Du côté de l'ovaire (gauche) les nombreux paquets veineux



FIG. 2. — *V. u.* veine utérine. — *A. u.* artère utérine — *V. u. o.* veine utéro-ovarienne. — *Ur.* uretère.

situés dans l'aileron de la trompe se résument en deux troncs qui ont presque le volume d'une humérale.

Le long du corps de l'utérus, les veines sont énormes ; elles s'intriquent les unes dans les autres, formant un plexus très difficile à disséquer, à cause du tissu cellulaire résistant qui les fait adhérer entre elles.

En bas, ces veines s'unissent aux veines du col pour former deux gros troncs qui suivent l'artère utérine.

En haut, elles se jettent dans cette espèce de poche dont nous avons parlé et qui a le volume d'une assez grosse noix.

L'examen histologique de la paroi de cette poche a montré qu'elle avait bien la structure d'une veine. Les vaisseaux veineux dans le voisinage du fond de l'utérus portent des traces d'inflammation ancienne.

Du côté droit, les veines sont aussi très développées, moins cependant que du côté gauche. Elles ne forment pas de rendez-vous veineux près de la corne utérine. La trompe et l'ovaire sont sains.

Réflexions. — Le varicocèle pelvien n'est pas très rare, mais il est rarement aussi développé que dans le cas que nous présentons.

Jamais on n'a signalé la présence d'une poche veineuse à parois résistantes, comme celle que nous avons rencontrée. Le varicocèle avec épaississement des parois est rare, d'après Coë.

Quant à la cause, faut-il avec Coë regarder les adhérences voisines, qui dans ce cas particulier avaient causé l'étranglement, comme ayant entravé la circulation ? Nous ne le pensons pas, car les annexes, avons-nous dit, ne présentaient aucune lésion.

Nous préférons admettre l'hypothèse d'une ancienne phlébite utérine qui, prédominant à gauche, aurait été prise autrefois pour une salpingite et aurait causé elle-même la formation d'adhérences.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Du traitement de la rétroversion de l'utérus par le raccourcissement des ligaments larges, d'après Kocks (de Bonn) (1).

Ce nouveau procédé opératoire dérive des idées spéciales à l'auteur sur la statique des organes pelviens, et en particulier de

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 32, p. 825.

l'utérus, idées qu'il a développées dans son travail « Die Lagerung und die Mechanik des Uterus in Becken ». Contrairement à l'opinion de Schultze et de beaucoup d'autres gynécologues, il croit que ce ne sont pas les ligaments utéro-sacrés, mais bien les ligaments larges, et particulièrement la base des ligaments larges (*ligamenta cardinalia*), qui fixent la matrice dans son antéversion normale. Partant de cette idée, voici comment il critique les multiples procédés d'hystéropexie, directe ou indirecte : « On a, dit-il, dans ces dernières années, traité, chirurgicalement, les rétroversions et rétroflexions contre lesquelles pessaires, leviers, avaient échoué. On a de même entrepris la cure des rétroflexions et rétroversions adhérentes, en détruisant d'abord les adhérences, puis en s'efforçant de fixer l'utérus en antéversion par un des divers procédés chirurgicaux imaginés. Or, à mon avis, *dans aucune de ces méthodes, on n'arrive à restaurer des conditions normales. Ce qu'on produit, ce sont des adhérences pathologiques et des raccourcissements pathologiques des ligaments.* Les ligaments ronds doivent laisser l'utérus se mobiliser en arrière autant que le fonctionnement de la vessie l'exige ; or, ce déplacement est temporairement empêché du fait de leur raccourcissement. Et, du moment où ils le permettent de nouveau, la rétrodéviation se reproduit. Ces mêmes remarques s'appliquent aux ligaments utéro-sacrés qui, dans les cas de réplétion du rectum, doivent permettre le déplacement en avant de la portion vaginale du col, etc. Toutes les autres méthodes présentent semblables défectuosités.

A mon avis, *pour obtenir une guérison radicale des rétrodéviations, il ne s'agit pas de fixer soit le fond de l'utérus en avant, soit la portion vaginale du col en arrière. La condition capitale, indispensable, c'est d'agir sur le plancher périnéal sur lequel repose la matrice et qui la soutient.*

J'ai démontré que les parties du plancher périnéal qui constituent la base des ligaments larges sont des cordons puissants, qui des parois latérales du bassin vont vers la portion vaginale du col et qui, à droite comme à gauche, sous forme de ligaments solides, maintiennent l'utérus, et constituent l'axe autour duquel tourne cet organe. Ce sont ces ligaments (Angelbänder, Ligamenta cardinalia) qui soutiennent tout le corps périnéal et qui fournissent le point d'appui, le pivot de toute la mécanique utérine. »

Dès 1892 dejà, l'auteur émettait ces considérations sur la statique pelvienne. Puis, il en déduisit des applications pratiques : d'abord à un cas de prolapsus complet compliqué de rétroversion, puis à deux cas de rétrodéviation, et toujours avec des résultats très satisfaisants.

Technique opératoire. — Comme dans l'hystérectomie totale, on décolle la vessie jusqu'au péritoine. *Ce décollement de la vessie doit être continué à droite et à gauche au niveau des ligaments larges.* L'auteur souligne particulièrement ce point, et rappelle, au cours de son travail, que, depuis longtemps déjà, il a indiqué que la vessie adhère à ces ligaments, particularité anatomique importante, méconnue jusqu'alors, que tout au moins on n'avait pas mise suffisamment en relief; et dont, seulement dans ces derniers temps, Mackenrodt a parlé dans une des séances de la Société de gynécologie de Berlin. La vessie décollée, on la repousse en haut et l'on procède au placement des fils à suture, qui sont conduits à travers les ligaments larges, de dehors en dedans. Les figures 1, 2 et 3 mettent bien en évidence ce temps

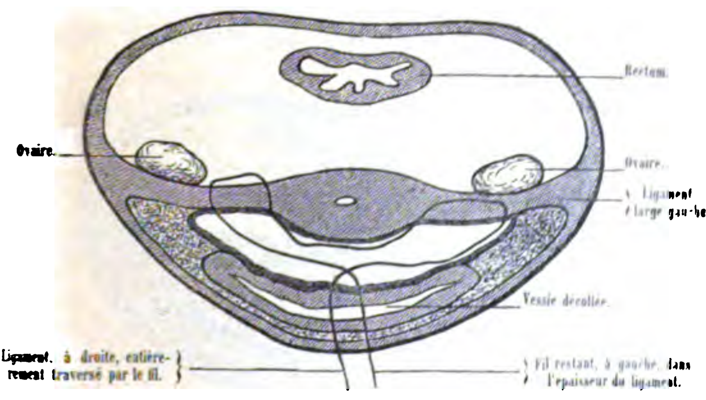


FIG. 1.

de l'opération. Les sutures rapprochées, les parties latérales des ligaments larges se trouvent ramenées vers le milieu de l'utérus, et les orifices d'entrée des fils sont reportés sur la ligne médiane. On voit sur la figure 1, que le fil ne prend pas, à gauche, tout le ligament, tandis qu'à droite il le traverse dans toute son épais-

seur. Les fils, une fois noués, forment une suture qui correspond au milieu de l'utérus, et les nœuds des fils sont en rangée verticale ou sagittale. Cela fait, on suture la vessie, transversalement, par des fils menés d'avant en arrière (fig. 3 et 4) et intéressant

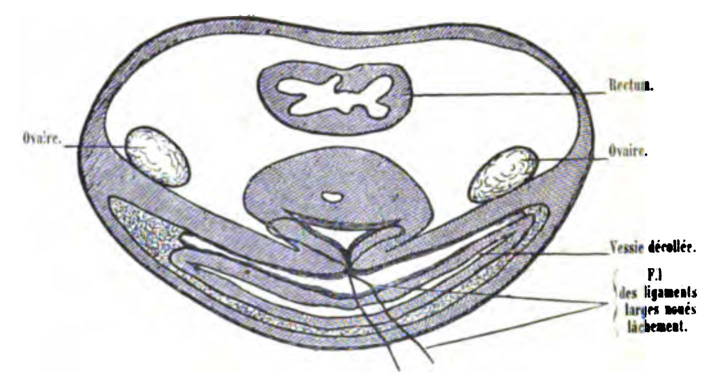


Fig. 2.

le bord le plus élevé de la surface de décollement. (Dans les cas de prolapsus avec hypertrophie, il faut 15-20 fils, dans ceux de prolapsus simple et de rétroversion, pas n'est besoin d'autant de

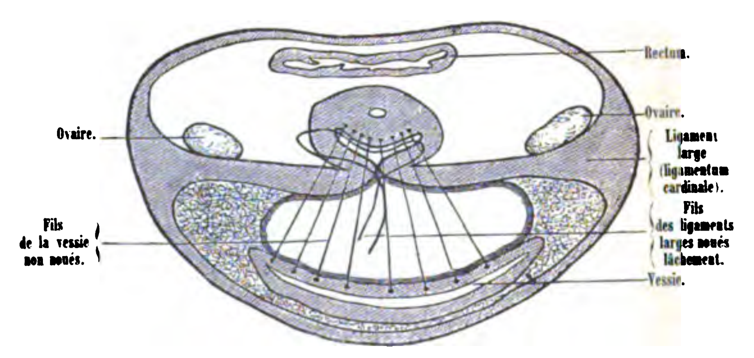


Fig. 3.

fils.) L'ensemble des fils, placés et noués, affecte une disposition en T, la branche inférieure et verticale correspondant à la suture des ligaments larges, la branche supérieure et horizontale à la suture de la vessie.

Grâce à cette opération, les ligaments larges, moyens de soutien du corps périnéal et de l'utérus, sont notablement raccourcis et solidement tendus, condition qui corrige les déviations et déplacements utérins dus à leur relâchement, et, d'autre part, la vessie est reportée en haut, ce qui supprime l'action qu'elle exerce habituellement de refouler l'utérus en arrière, condition également importante de succès définitif.

Tel est le nouveau procédé opératoire préconisé par l'auteur

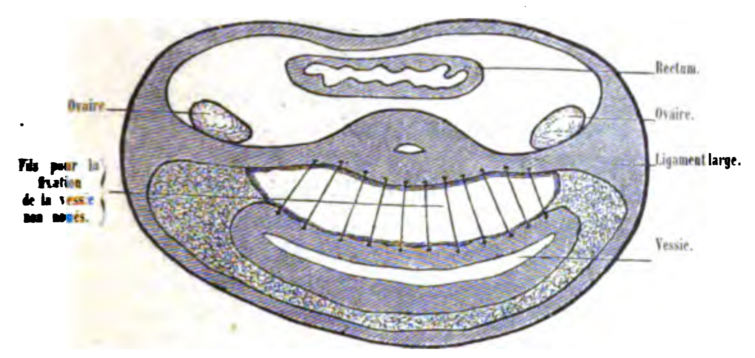


FIG. 4.

et en faveur duquel il résume trois observations dans lesquelles il en a obtenu de bons résultats. Toutefois, dans l'une d'elles, il observa la mortification de la lèvre antérieure du col, complication qu'il attribue à une tension trop grande des ligaments larges raccourcis, par suite d'une forte hypertrophie du col. Aussi, conseille-t-il, dans les cas d'hypertrophie du col, d'exciser une tranche de la portion vaginale et sus-vaginale de cet organe. Enfin, dans les cas de prolapsus, il serait prudent d'assurer l'efficacité de l'intervention en la complétant par une colporrhaphie.

R. LABUSQUIÈRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 14 *janvier* 1897.

Présentation : M. MAYGRIER : **Insertion du placenta sur une tumeur utérine, probablement de nature fibromateuse.** — Cette femme s'était présentée pour accoucher à Lariboisière; elle venait d'avoir une hémorrhagie très abondante qui l'avait profondément anémiée : Insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, enfant mort.

On traverse avec beaucoup de difficulté le placenta pour faire la version podalique ; il était en quelque sorte scléreux. La délivrance artificielle fut très difficile et le placenta extrait par lambeaux. La femme mourut dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva au niveau du segment inférieur une tumeur ramollie, paraissant être un fibrome et sur laquelle s'insérait le placenta.

Discussion. — DOLÉRIS doute que l'examen histologique permette de déterminer la nature de la tumeur, car la grossesse; dans ces cas, cause de telles modifications des tissus que les meilleurs histologistes hésitent à se prononcer.

M. TISSIER : **Fœtus de deux mois et demi présentant au niveau de la région ischiatique une perforation donnant issue à une anse d'intestin** ; cette perforation est traumatique et les commémoratifs ont permis d'établir qu'il s'agissait d'un avortement provoqué à l'aide d'une aiguille à tricoter.

M. TISSIER : **Rupture sous-péritonéale de l'utérus** produite au cours de l'accouchement, l'enfant se présentant par l'épaule. A l'autopsie, ou trouva une déchirure partant du col et dans le ligament large un épanchement sanguin très abondant, remontant jusqu'au rein.

M. PORAK fait remarquer combien, dans quelques cas, très rares, ces ruptures sont bénignes. Il cite deux observations où les malades ont guéri en leur faisant un tamponnement soigneux de

l'utérus avec de la gaze iodoformée. Il ne faut pas faire d'injections dans ces cas. Le diagnostic de la rupture est quelquefois difficile.

M. TISSIER : **Rupture utérine avec kystes hydatiques disséminés dans la cavité pelvienne.** Dix-huit ans avant, cette malade avait été soignée pour un kyste hydatique du foie. Au cours du travail, il se produisit une rupture utérine et à l'autopsie on put constater de nombreux kystes hydatiques disséminés autour de l'utérus, dans les ligaments larges, l'épiploon et la cavité abdominale.

M. PAUL PETIT : **Traitement du prolapsus génital chez la femme.** — L'auteur est toujours resté fidèle au rétablisement du jeu des deux valves vagino-périnéales, comme opération fondamentale, et au raccourcissement des ligaments ronds comme opération complémentaire. Il réserve cette dernière opération au cas de prolapsus avec rétroversion accentuée. Dans la majorité des cas, les opérations sur l'appareil de soutènement suffisent à la guérison du prolapsus. L'hystéropexie offre de multiples inconvénients ou dangers et peut toujours être remplacée par l'opération d'Alquié-Alexander. L'hystérectomie n'est admissible que dans les cas de prolapsus irréductible ou de complications telles que fibrome et cancer.

Discussion. — PICHEVIN reproche à l'opération d'Alexander de ne pas permettre de constater l'état des annexes ; il lui préfère le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. DOLÉRIS est partisan convaincu de l'opération d'Alexander, c'est une opération physiologique et à l'heure actuelle il a des opérées de 12 ans qui sont restées en parfait état.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG (1).

V. A. VASTEN : **Grossesse tubaire interstitielle.** — Une femme, enceinte de trois mois, est apportée à l'hôpital avec tous les symptômes d'une hémorrhagie interne grave et les signes d'un épanchement dans les culs-de-sac. La laparotomie faite trente heures après

(1) Séance du 14 novembre. *Vratch*, 1896, n° 47.

le début des accidents, montre le sac fœtal rompu faisant corps avec l'utérus, de sorte qu'on enlève le tout à la fois. L'opérée guérit rapidement. Les pièces, présentées à la Société, sont constituées par l'utérus tapissé d'une caduque complète et le sac fœtal qui occupe l'angle droit de l'utérus à l'origine de la trompe; le sac fœtal est séparé de la cavité utérine par ses enveloppes et par la caduque utérine; de la partie inférieure du sac part la trompe de calibre normal.

V. G. Bekman présente des pièces provenant du service de M. Vasten : *a*) **une trompe gravide de six semaines, rompue** ; son extrémité péritonéale est entr'ouverte comme s'il se préparait un avortement tubaire ; *b*) **une trompe gravide de deux mois, rompue en quatre points**; une seule des ouvertures doit être considérée comme une rupture; les trois autres sont des points où les villosités se sont développées à travers la paroi tubaire, les deux femmes ont été laparotomisées par l'orateur à cause des symptômes d'hémorrhagie interne ; *c*) **une trompe gravide de six mois, non rompue** ; la tumeur adhérait fortement au bassin ; *d*) des préparations microscopiques d'un **ulcère simple du vagin** chez une femme de 64 ans ; l'ulcère était plat, à bords nets, couvert de détritus jaunâtres ; au microscope, la muqueuse vaginale est trouvée normale, les parois et le fond de l'ulcère pleins de petites cellules rondes et de tissu fibrillaire fin. Excision et suture. Toutes ces malades ont guéri.

A. Vat présente : 1° une **trompe gravide de six semaines, rompue**. Hémorrhagie interne grave; la malade est opérée par l'orateur dans le service de M. Vasten. Guérison. Les quatre cas de grossesses extra-utérines se sont présentés dans l'espace de quinze jours ; 2° deux grands **fibro-myômes utérins** enlevés par M. Vasten par la méthode mixte; dans un cas le fibro-myôme était en partie sarcomateux; l'autre remontait au delà de l'ombilic. Guérison.

Professeur K. Slaviansky fait observer qu'il faudrait, dans la description d'une grossesse extra-utérine, toujours mentionner le point d'attache du ligament rond afin d'éviter la confusion avec un utérus bicorne.

V. A. Vasten : **Opération césarienne répétée**. — La première

opération a été faite en 1894 pour bassin rachitique (diam. 6 centim.), l'enfant pesant 4,200 gr. La seconde césarienne est faite en septembre 1896, au troisième jour du travail à terme. L'incision suit à gauche la première cicatrice qui est à son extrémité inférieure seulement adhérente à l'utérus sur une étendue de 1 centimètre et demi. Cette adhérence fibreuse est sectionnée; sur le reste de l'étendue, la cicatrice est facilement détachée de l'épiploon qui lui adhère tout du long.

L'enfant est retiré vivant, pesant 3,900 gr. et la mère et l'enfant sont présentés à la Société.

Mme K. R. OULESCO-STROGANOFF communique un cas de **déciduome malin**; l'étude histologique montre (hystérectomie) que le néoplasme est constitué par des cellules du syncytium, des cellules de la couche de Langhans et de grandes cellules nucléées, dérivées de ces dernières. Il est évident que la tumeur est d'origine fœtale; le nom de déciduome malin rend mal la nature du néoplasme, car il fait croire à son origine dans la caduque utérine.

Professeur D. O. OTT présente : 1° un **sarcome bilatéral des ovaires**; 2° un **kyste tubo-ovarien**; 3° un **grand fibro-myôme à dégénérescence maligne** enlevé chez une femme de 55 ans; elle succomba six heures après l'opération fort difficile et une anesthésie chloroformique des plus inquiétantes. Le cœur a été trouvé gravement dégénéré. C'est l'unique décès depuis longtemps; la première série des opérées de l'orateur avait donné 30 p. 100 de décès; la seconde, depuis la simplification de la technique opératoire, comptait 4 p. 100 de décès; la troisième, comprenant 99 cas, aucun décès. Depuis, il y a eu 30 nouvelles hystérectomies pour fibro-myômes sans décès; les fibromes pédiculés n'entrent pas dans la statistique; 4° 12 **fibro-myômes** enlevés soit par morcellement, soit par la voie abdominale; une de ces tumeurs, très grande, était rétro-cervicale, tout entière sous-péritonéale et d'une extraction difficile; la cavité fut tamponnée, le péritoine recousu par dessus le tampon dont les bouts passaient dans le vagin; 5° 7 **utérus cancéreux**. L'auteur a employé douze fois la méthode de Doyen, mais il reste partisan des ligatures et des sutures qui sont plus sûres; les pinces peuvent donner lieu à des hémorrhagies secondaires et à des eschares.

Les avis des autres chirurgiens sont divisés sur cette question,

le professeur Slaviansky fait observer que les chirurgiens russes n'ont pas assez l'habitude des pinces pour juger de la méthode en connaissance de cause.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG (1)

D. D. POPOFF : **Fibro-myôme de la paroi antérieure du vagin.** — La malade, femme de 44 ans, se présente à la clinique du professeur Lebedeff, avec une tumeur datant de huit ans ; elle est fixée à la paroi antérieure du vagin par un large pédicule mobile avec la paroi ; son volume est celui d'une grande mandarine, sa surface lisse ; les organes génitaux internes sont normaux ; la tumeur est excisée et la plaie guérit par première intention ; l'examen histologique confirme le diagnostic de fibro-myôme, pauvre en vaisseaux sanguins, très riche en lymphatiques.

V. N. ORLOFF : **Diagnostic différentiel du chancre mou d'avec le cancer du vagin** (avec présentation de pièces en cire). — L'auteur cite une observation de cancer du vagin, une autre de chancre mou ; le diagnostic a été fait dans les deux cas à l'aide de l'examen microscopique ; dans le second cas, on croyait également à un cancer du vagin ; mais comme c'était histologiquement un granulome, on put éliminer plus facilement la tuberculose, de sorte qu'il ne resta plus que le chancre mou ou induré à discuter, car ce dernier perd ses caractères habituels sur la muqueuse vaginale ; plus tard, l'apparition d'autres chancres confirma le diagnostic de chancre mou.

K. S. VOLOVSKI : **Inoculation conjugale du cancer.** — Une femme est opérée d'un cancer du cul-de-sac postérieur du vagin, guérit et reste guérie depuis des années ; un an après l'opération, le mari de cette femme contracte un cancer du prépuce et succombe après l'opération. — V. A. FILE. Dans un cas de sa clientèle, un homme contracte également un cancer du prépuce de sa femme ; dans un autre cas un homme fut atteint d'un cancer de la face un mois après le décès de sa femme morte de cancer ; il avait l'habitude de manger les friandises qu'on lui portait à l'hôpital et auxquelles elle goûtait seulement.

(1) Séance du 4 novembre 1896. *Vratch*, p. 1414.

Professeur A. I. LEBEDEFF : **De l'étiologie du cancer.** — Une femme a été pendant des mois soignée d'une métrite par l'introduction de tampons iodo-iodurés; il survint enfin un ulcère du vagin, puis un cancer; après excision du cul-de-sac, le cancer disparut sans récidive.

V. A. FILE a vu un cancer se développer au point de pression d'un bandage inguinal appliqué d'ailleurs à tort non sur une hernie, mais sur un testicule en ectopie. — Professeur N. S. VÉLIMINOFF. Le traumatisme du sein est une cause de cancer dans 7 p. 100 à 8 p. 100 des cas. — R. F. SAKRJEVSKY. Le cancer se développe parfois à l'endroit d'une dent extraite. — V. A. FILE. Le cancer du sein est fréquent chez les couturières qui s'appuient sur leur sein en travaillant.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE MOSCOU (1)

N.-J. POBIEDINSKY : Un cas d'**opération de Porro** avec issue favorable pour la mère et l'enfant. Primipare bossue; diamètre conjugué externe 15 centim.; diagonal 7 et demi, diamètre vrai 6 centim.; bassin irrégulier.

L'opération de Porro est faite au début du travail, l'enfant extrait sans symptômes d'asphyxie. Le moignon utérin est oblitéré; la paroi recousue sans drainage et la guérison se fait sans incidents.

L.-N. WARNECK présente quelques pièces : 1) un **utérus** enlevé par la méthode de Doyen chez une femme de 46 ans après deux ans de métrorrhagies rebelles à tout traitement; le tissu utérin est absolument farci de petit fibro-myômes interstitiels; 2) un grand **kyste dermoïde** de l'ovaire et un énorme hydrosalpynx; 3) un cas d'**avortement d'un fœtus mort** depuis quelque temps et retenu dans la cavité utérine; 4) un **utérus enlevé** par la méthode de Snéguireff-Altonhoff; l'orateur trouve cette méthode peu sûre, les points de repère donnés par l'auteur pour la recherche de l'artère utérine changeant considérablement de place lorsque l'organe est pathologiquement déformé.

J. S. KALABINE : **De la castration.** L'auteur rapporte l'observa-

(1) Séances du 9 février, du 27 septembre et du 18 octobre 1896. *Vratch*, n[os] 33, 42 et 45.

tion d'une femme de 34 ans, qui a subi l'ablation des annexes enflammées; six mois après la castration, les métrorrhagies, les douleurs abdominales étaient revenues aussi intenses et rebelles qu'avant, ne cédant nullement au traitement intra-utérin; l'utérus ne subit un involution marquée que six ans après l'opération, les métrorrhagies continuèrent durant huit ans. Par contre, le moral de l'opérée subit un changement rapide et funeste, elle devint triste, apathique, et ses facultés cérébrales s'affaiblirent d'une manière appréciable. L'auteur pense que la castration exige des indications précises et n'est permise qu'en cas de danger réel pour la vie de la malade.

A. N. Rachmanoff : **13 cas d'anesthésie par le protoxyde d'azote pendant l'accouchement** par la méthode du Dr Klikovitch. — La durée de l'anesthésie a varié de 2 à 7 heures, en usant 180 à 700 litres de gaz; il n'a pas été observé le moindre accident, pas de ralentissement du travail et les enfants sont tous venus bien portants. La base de cette méthode est de faire absorber un mélange de gaz et d'air sous une pression telle que la quantité de gaz inspiré soit égale à celle que l'on inspire quand le gaz est pur à la pression normale. Le mélange avec l'air rend le gaz inoffensif ; d'un autre côté ce mélange à la pression atmosphérique ne donne pas d'anesthésie d'où l'usage du mélange sous pression ; la dépense est, à Moscou, de 180 francs environ pour une anesthésie de 12 heures.

Dr Klikovitch : Les mensurations au tocodynamomètre ont prouvé que la force des contractions utérines n'est pas diminuée par les inhalations de gaz hilarant. Quant au prix il est fort variable et destiné à tomber énormément : 18 à 36 francs d'autant plus que l'usage judicieux diminue de beaucoup la quantité de gaz nécessaire.

C. D. Tchetchouline : **Un cas de traumatisme intra-utérin.** — Une femme arrivée à la fin de la grossesse tombe, le bas du ventre portant contre un angle saillant, et perd connaissance ; le lendemain elle va bien, le surlendemain un accouchement normal met au monde un enfant bien portant qui porte une ecchymose au bord externe de l'omoplate gauche.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE KIEFF

P. G. Chalich présente une malade qui a subi la laparotomie pour **grossesse extra-utérine**. — La malade s'était présentée à l'hôpital dans un état tellement grave que la laparotomie fut faite avant tout diagnostic précis en présence d'une collection liquide et d'une tumeur dans le ventre à la fin d'une grossesse. On se trouva en présence d'un sac fœtal adhérent à la paroi abdominale, rompu, contenant du pus et des gaz et un fœtus putréfié, à terme ; il fut nettoyé, bourré de gaz, suturé à la paroi ; guérison. La malade avait eu au 5e mois de la grossesse des douleurs et une syncope ; à la fin du 9e le même accident se répéta mais la malade resta pendant un mois gravement souffrante et fiévreuse chez elle, avant de se présenter à l'hôpital. L'auteur pense qu'il y a eu dans ce cas, grossesse tubaire suivie d'un « avortement tubaire ».

A. L. Orlowsky présente des **cultures pures du gonocoque de Neisser.**

N. P. Mariantchik montre **une môle vésiculeuse**, remarquable par sa petite dimension malgré une grossesse de 4 mois et un **placenta à insertion vicieuse du cordon.**

G. F. Pissemsky présente des préparations microscopiques des **trompes de Fallope** excisées au cours d'une laparotomie et qui avaient été liées 4 mois plus tôt au cours d'une première laparotomie ; la lumière de l'une des trompes est oblitérée, tandis que l'autre est parfaitement perméable. La ligature double avait été faite pour empêcher la grossesse, le bassin étant obstrué de tumeurs ; mais la grossesse survint quand même quatre mois plus tard, la ligature ne donne donc pas de sécurité absolue.

A ce propos le Dr Dolinsky rappelle que ses expériences ont montré que la perméabilité du canal pancréatique lié se rétablissait, qu'il peut en être de même des trompes ; le professeur Ott ajoute que l'excision partielle des trompes n'empêche pas le rétablissement de la continuité du conduit d'après les expériences de Ratchinsky.

---

(1) Séances d'avril, septembre et octobre 1896, in *Wratch*, 1896, n° 45 et page 1411.

Professeur G. E. Rein : **Revue de 500 laparotomies**. — Sur ce nombre il y a 333 ovariotomies et énucléations de kystes des ligaments larges avec une mortalité de 3,6 0/0; 73 myotomies avec 10,9 0/0 de décès; 33 salpingectomies et castrations avec 12,1 0/0 de décès; autres laparotomies au nombre de 39 avec 38,4 0/0 de décès; ces derniers comprennent 2 opérations de Freund, trois ovariotomies mixtes, une opération pour kyste hydatique, un abouchement des uretères dans le rectum, 5 laparotomies répétées. Le chiffre des décès a baissé notablement depuis l'existence de la nouvelle clinique.

L. L. Dochkivitck lit des notes prises par lui dans les services gynécologiques et obstétricaux de Paris ; il décrit en particulier la clinique Baudelocque, et la conduite à tenir dans les différentes causes de dystocie d'après l'enseignement du professeur Pinard.

Professeur E. G. Reïn : **Rapport sur les travaux du Congrès gynécologique de Genève.**

N. K. Neelow présente des préparations microscopiques d'un cas de **tuberculose de l'utérus**. — Les fragments de tissu examinés ont été obtenus par le curettage de l'utérus chez une femme de 65 ans atteinte d'un abondant écoulement jaune; ces fragments contiennent des foyers de dégénérescence avec des cellules géantes et des bacilles de la tuberculose. Tous les autres organes ont paru sains. — Le professeur Reïn fait observer que l'examen microscopique est fait à la clinique dans tous les cas de curettage, mais la tuberculose ne s'y est encore jamais rencontrée. Il se souvient d'une malade chez laquelle on avait porté le diagnostic de cancer : il y avait destruction du col, infiltration du tissu cellulaire du bassin, fistules vésicale et rectale; l'autopsie montra qu'il s'agissait de tuberculose. — T. D. Nedelsky connaît également un cas de tuberculose de l'utérus pris pour un cancer durant la vie.

V. B. Vichnepolski rapporte l'observation d'une **môle vésiculeuse** extraite au 7e mois de la grossesse; le volume de l'utérus répondait à cette époque et le poids des masses enlevées était de cinq livres.

Dr Galberchtat : **Septicémie puerpérale grave traitée avec succès par le sérum antistreptococcique**. — Le traitement fut com-

mencé lorsque la malade avait déjà des abcès multiples, une température de 42°, etc. ; l'examen bactériologique donna du streptocoque pur; elle reçut sept injections de 10 centim., se remit lentement en deux mois. — Le Dr Pissemsky rapporte également deux cas de ce traitement suivis de succès. L'un de ces cas paraissait absolument désespéré ; la malade reçut 4 injections de sérum alternativement anti-streptococcique et antistaphylococcique. Dès la première injection le pouls se releva et l'état général s'amenda quoique la température restât à 39° ; la guérison fut rapide. Le professeur Reïn cite également 2 cas favorables à ce traitement, mais il n'est pas permis de tirer de conclusions définitives du petit nombre d'observations que l'on possède actuellement.

Professeur Reïn montre un utérus enlevé au cours d'une **opération césarienne** ; les indications de l'opération étaient le placenta prævia, l'inertie utérine, l'endométrite et l'âge de la parturiente (47 ans) ; le volume de l'utérus répond à la 31e semaine de la grossesse.

Dr Nageotte-Wilbouchevitch.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de gynécologie, par S. Pozzi, 3e édition. Paris, 1897.

Nous avons dans ce journal parlé suffisamment du traité dont M. Pozzi nous donne aujourd'hui la troisième édition pour ne pas avoir à en faire l'éloge. L'épuisement rapide de ses éditions successives, le fait qu'il a été traduit dans presque toutes les langues suffisent à en montrer l'importance. La nouvelle édition diffère des précédentes par les modifications profondes apportées à certains chapitres : tels sont ceux relatifs à l'asepsie, au traitement des corps fibreux par les nouveaux procédés d'hystérectomie abdominale et vaginale, aux indications de ces dernières opérations dans les suppurations pelviennes, aux interventions récentes contre les rétro-déviations utérines, etc. Les kystes du corps jaune et ceux du ligament large, que l'auteur décrivait antérieurement avec les néoplasmes sont aujourd'hui rapprochés par lui des ovarites ; on trouve, dans cette nouvelle édition,

quelques procédés opératoires non décrits dans les éditions précédentes : l'évidement commissural du col, un procédé nouveau d'Emmet pour la périnéorrhaphie, etc. Si nous ajoutons qu'un grand nombre de figures ont été remplacées, que de nouvelles ont été ajoutées, nous aurons montré qu'il ne s'agit pas simplement d'une réimpression, mais d'un livre réellement nouveau qui fait grand honneur à son auteur.

Traitement de l'avortement incomplet. — Drs Chaleix-Vivie et Audebert (Masson, 1896). Le premier chapitre de cette intéressante et instructive monographie est consacrée à l'étude du *diagnostic de l'avortement incomplet*, diagnostic souvent entouré de grosses difficultés. Les auteurs passent soigneusement en revue toutes les circonstances de nature à permettre au praticien d'édifier ce diagnostic (caractère du col et de l'utérus, défaut d'involution, utilité mais non sûreté du cathétérisme, curettage explorateur, etc.). Les auteurs font, avec raison, observer que dans le cas de délivrances spontanées, il ne faut pas omettre d'examiner très soigneusement l'arrière-faix et de bien s'assurer de son intégrité. Car la rétention de fragments placentaires *in utero* peut être l'occasion d'accidents graves, d'hémorrhagie ou de septicémie. Des observations multiples mettent bien en lumière les principales difficultés du diagnostic aussi bien que les moyens à l'aide desquels les auteurs parvinrent à les surmonter. Ils citent, en particulier, un fait intéressant dans lequel la persistance de vomissements incoercibles permit d'affirmer que l'avortement était incomplet, et, de ce diagnostic, de déduire la thérapeutique qui sauva la malade. Ils insistent aussi sur les données très importantes que fournit le thermomètre dans ces cas.

Dans le second chapitre, ils s'occupent de « *la conduite à tenir en dehors de tout accident* ». Et leur opinion à ce sujet est que, dans la pratique ordinaire, *il ne faut pas quitter la femme sans l'avoir mise, sûrement, à l'abri des accidents qu'implique tout avortement incomplet*, et dont le premier à craindre est l'hémorrhagie : favoriser s'il est besoin l'expulsion du délivre en sollicitant les contractions utérines (injections vaginales et utérines chaudes) ; si des touchers suspects ont été pratiqués, employer des solutions antiseptiques, le sublimé dans la proportion de 0,20 centigrammes pour un litre d'eau avec la précaution de faire

suivre l'injection hydrargyrique d'une injection avec de l'eau bouillie ou faiblement phéniquée; rétablir, le cas échéant, la perméabilité du canal cervical pour procéder à ces injections. Quand on n'a pu obtenir l'évacuation de l'utérus, procéder au *tamponnement utérin* ou mieux *utéro-vaginal,* dont la technique est minutieusement décrite. Enfin, si le tamponnement utérin n'a pas amené l'expulsion du placenta, faire le curettage : a) *digital* ou b) *instrumental,* celui auquel les auteurs donnent la préférence.

L'objet du chapitre III est l'examen « *de la conduite à tenir dans les hémorrhagies par rétention placentaire* ». Au jugement des auteurs, jugement formé sur l'observation des faits cliniques, « le but du traitement est la suppression immédiate et définitive de l'hémorrhagie. La seule thérapeutique efficace est celle qui s'inspire de la pathogénie et poursuit uniquement l'évacuation de l'utérus ».

Injections vaginales et utérines chaudes, utiles quelquefois mais le plus souvent insuffisantes ; injections coagulantes, ergot de seigle, crayons de chlorure de zinc à proscrire ; tamponnement vaginal, *très bien fait,* efficace en certains cas. Le curage digital, quand les conditions de l'intervention sont particulièrement favorables, constitue alors un excellent moyen d'hémostase. Mais il reste souvent incomplet. Aussi, *le curettage instrumental* reste-t-il le traitement héroïque de l'hémorrhagie placentaire ; mais il exige une expérience chirurgicale réelle, à défaut de laquelle, il est plus sage de recourir au *tamponnement utérin.* A la fin de ce chapitre, les auteurs insistent sur les soins que réclame toute femme qui vient de perdre beaucoup de sang, et décrivent, en particulier, soigneusement la technique des injections sous cutanées. Les chapitres IV et V sont consacrés à l'*infection* et à la technique du curettage, laquelle est l'objet d'une très minutieuse description. Suivent de nombreuses observations.

En résumé, dans un travail basé sur un nombre très respectable d'observations personnelles, MM. Chaleix-Vivie et Audebert se montrent partisans résolus de l'intervention, et d'une intervention active, dont le moyen, dans la plupart des cas, à *condition que la main soit pourtant suffisamment expérimentée,* est le curettage instrumental. Cette œuvre, très documentée, très personnelle, est pleine d'enseignements pour le praticien.

R. LABUSQUIÈRE.

Le gonocoque, par le Dr Marcel Sée, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le gonocoque a été dans ces dernières années l'objet d'un grand nombre de recherches éparses dans des publications diverses, la plupart en langues étrangères. L'auteur a entrepris de les réunir après en avoir contrôlé une partie. Ses expériences personnelles ont porté principalement sur les méthodes de culture et l'ont conduit à la découverte d'un certain nombre de faits nouveaux.

Ce travail est divisé en deux parties. Dans la première : *étude expérimentale*, M. Sée traite de la morphologie et de la biologie du gonocoque, résultant des examens microscopiques, des cultures et des inoculations ; dans la seconde : *étude clinique*, il passe en revue les différentes affections auxquelles on a pu assigner pour cause ce microbe : uréthrite blennorrhagique et ses complications, blennorrhagie des organes génito-urinaires de la femme, blennorrhagie inoculée hors des organes génitaux, métastases gonorrhéiques, infection blennorrhagique généralisée, biologie du gonocoque dans l'organisme et son diagnostic.

Les dents à la naissance (Congenital teeth, with three illustrative cases), par J. W. Ballantyne. Edinburgh, 1896.

Curettage de l'utérus ; histoire, indication et technique (Curettage of the uterus ; history, indications and technique), par J. W. Ballantyne. Edinburgh, 1896.

Quand et comment doit-on curetter l'utérus ? (When and how to curette the uterus), par Christopher Martin. Birmingham, 1895.

Hystérectomie totale (On pan-hysterectomy, or total extirpation of the uterus by abdominal section), par Christopher Martin. Edinburgh, 1896.

Comptes rendus de l'hôpital presbytérien de New-York (Medical and surgical report of the Presbyterian Hospital in the city of New-York, 1896).

Bien édité comme la plupart des publications américaines, ce volume de comptes rendus contient un certain nombre de travaux

intéressants pour le gynécologiste : 14 cas de grossesse extra-utérine par Andrew J. M. C. Cosh, 1 kyste intra-ligamentaire, par E. Eliot, 1 observation de déciduome malin, par H. Schultze.

Maladies des trompes et grossesse tubaire (Clinical illustrations of the diseases of the Fallopian tubes and of tubal gestation), par CHARLES J. CULLINWORTH, 2e édition. London, 1896.

Il ne s'agit pas ici de considérations sur la pathologie des trompes, encore moins d'un traité proprement dit. L'intérêt de cet ouvrage consiste en ce qu'il s'agit de la reproduction, souvent en couleurs, d'une série de pièces provenant de la pratique de Cullinworth. Chaque dessin est accompagné de l'observation clinique et de la description anatomo-pathologique correspondante. Les dessins sont beaux et bien reproduits, même ceux en couleur. Aussi comprend-on que cet ouvrage, utile aux gynécologues par les documents qu'il contient, soit rapidement arrivé à sa seconde édition.

Le traitement opératoire des rétro-déviations utérines (Die operative Behandlung der Retroversio, Flexio uteri), par OTTO KÜSTNER. *Sammlung klinischer Vorträge*, no 171, 1896.

Le numéro des *Sammlung* contient *in extenso* la communication faite par Küstner au Congrès international de Genève dont nous avons antérieurement rendu compte (*Annales*, septembre 1896).

Ablation de tumeurs pelviennes suppurées (The removal of suppurating pelvic tumours), par ALBAN DORAN. Londres 1897.

L'auteur insiste sur la nécessité du drainage dans les cas où les lésions inflammatoires s'étendent dans l'épaisseur des ligaments au delà des ligatures.

L'inversion utérine polypeuse (Contributo alla storia delle universioni uterine polipose), par CARLO FERRARENI. Rome, 1896.

Observations relatives au choix de la voie abdominale dans certains cas d'extirpation d'organes pelviens, par GASTON HARDY. Liège, 1896.

NÉCROLOGIE

Spencer Wells.

Le 31 janvier dernier s'est éteint, au cap d'Antibes, un des représentants les plus célèbres de la gynécologie anglaise, Spencer Wells. Né en 1818, Spencer Wells commença par être chirurgien de marine durant une période de six ans. En 1848, il vint à Paris où il séjourna deux ans pour augmenter ses connaissances en pathologie. C'est en 1853 seulement, qu'il commença à s'adonner à l'obstétrique, à Londres. En 1854, il était nommé chirurgien du *Samaritan Free Hospital*, qui venait alors d'être fondé et qui n'était guère alors qu'un dispensaire pour le traitement externe des maladies des femmes et des enfants. C'est à la même époque qu'il vit pour la première fois pratiquer l'ovariotomie ; il aidait dans une opération, Baker Brown, qui la faisait pour la huitième fois. La malade mourut. Peu encouragé par le résultat, Spencer Wells ne fit sa première ovariotomie qu'en 1857; il perdit de même son opérée. Sans se décourager, il pratiqua en 1858, une deuxième ovariotomie qui fut suivie de succès. Puis il repartit en Asie-Mineure. Après un séjour de quelques années à l'hôpital anglais de Smyrne, il revint à Samaritan Hospital, où il continua sa longue série d'ovariotomies, faisant, en juin 1880, sa millième opération. Il avait déjà quitté Samaritan Hospital en 1878. Malgré ses nombreux succès opératoires, Spencer Wells était un chirurgien conservateur dans le cas de lésions inflammatoires des annexes. On le vit bien, lorsqu'en 1891, il vint à notre Congrès français de chirurgie combattre son compatriote, L. Tait, et prôner l'abstention dans un grand nombre de cas.

Son œuvre capitale est : *Diseases of the ovaries, their diagnostic and treatment*, publié en 1865.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

FISTULE VÉSICO-VAGINALE COMPLIQUÉE D'OBLITÉRATION CICATRICIELLE DE L'ORIFICE VÉSICAL DE L'URÈTHRE. GUÉRISON (1)

Par M. **Paul Berger**,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine.

Je crois utile de faire connaître le cas suivant que j'ai eu à traiter et dans lequel j'ai pu obtenir un succès sur lequel je ne comptais guère. C'est en effet un exemple heureusement rare d'une complication assez embarrassante des fistules vésico-vaginales : l'on verra que, même en présence de lésions très complexes, on ne doit pas désespérer d'obtenir une guérison complète et le retour à un état fonctionnel tout à fait satisfaisant. Je saisis cette occasion également pour revenir sur quelques points du traitement des fistules vésico-vaginales, sur certains actes de première importance qui semblent, bien à tort, tomber dans l'oubli, que la plupart des auteurs qui ont traité de la matière dans ces derniers temps passent tout à fait sous silence et auxquels revient peut-être la part la plus considérable du succès dans les cas difficiles.

OBSERVATION. — La femme M... m'a été adressée à l'hôpital Lariboisière, le 13 novembre 1894, comme atteinte de fistule vé-

(1) Communication à la *Société de chirurgie*.

sico-vaginale. Elle est âgée de 34 ans, vigoureuse, de bonne apparence; elle se présente, en effet, toute inondée d'urine, avec un érythème assez intense de la face interne des cuisses et des parties génitales externes, qui ne présentent pas de déformation apparente.

Le toucher fait reconnaître un vagin spacieux, assez souple, sur la face antérieure duquel on sent une très large perforation, à contours cicatriciels, entourés de quelques brides fibreuses s'étendant aux parties latérales. Cet orifice laisse aisément passer deux doigts dans la vessie. Il est séparé de la lèvre antérieure du col par une étendue de 1 centimètre au moins; à ce uiveau, la paroi vaginale paraît normale.

L'introduction d'une valve, la malade étant couchée sur le côté gauche, découvre sur la face antérieure du vagin cette perte de substance au travers de laquelle la paroi vésicale antérieure fait largement prolapsus. La perforation mesure environ 8 centimètres de diamètre vertical sur 4 de diamètre transversal; ses bords sont nettement cicatriciels, mais la transformation cicatricielle ne s'étend pas autour d'eux dans une étendue de plus de quelques millimètres; au delà, les parois vaginales présentent leur aspect normal et la muqueuse est souple et mobile. Après avoir réduit le prolapsus de la vessie et l'avoir maintenu avec une éponge; on constate néanmoins que la perforation présente une béance permanente et que les tractions modérées ne permettent pas d'amener au contact ses bords opposés.

Le méat urinaire est normal, mais une sonde introduite dans l'urèthre est arrêtée au niveau de la jonction du canal avec la vessie. En insistant un peu, on voit, par la perforation, l'extrémité de la sonde qui fait saillir la muqueuse vésicale dans l'intérieur de la vessie à un peu moins de 1 centimètre du bord inférieur de la fistule. Les stylets les plus fins introduits dans le canal ne peuvent trouver de passage ; l'inspection directe de la surface interne de la vessie à ce niveau démontre qu'il y a une oblitération complète de l'orifice vésical de l'urèthre, due évidemment à une destruction du col de la vessie.

Inutile de dire que la fistule donne passage à la totalité des urines. Celles-ci sont normales et les reins ne sont nullement altérés. La santé générale est excellente.

L'origine de cette lésion remonte à quelques mois ; le 23 juin

de la même année, la malade accouchait de son septième enfant. Tout ce que nous savons, c'est qu'elle était restée vingt-trois heures en travail ; qu'elle fut ensuite plusieurs jours dans un état grave, et que, dès qu'elle eut conscience d'elle-même, elle s'aperçut qu'elle perdait par le vagin la totalité de ses urines.

Quelles que fussent les chances que l'on eût d'obtenir la réparation de lésions aussi étendues et aussi complexes, et quoique la destruction certaine du col vésical rendît très improbable le retour à un état fonctionnel satisfaisant, la première chose à faire était de rétablir la communication de l'urèthre avec la vessie.

Restauration de l'orifice vésical de l'urèthre. — Le 22 décembre 1894, un cathéter Béniqué de gros volume fut introduit dans le canal et poussé avec une certaine force le plus haut possible, de manière à faire saillir fortement dans la vessie la cloison qui séparait celle-ci de l'urèthre. Le bord inférieur de la fistule étant abaissé avec des crochets mousses, j'incisai dans l'étendue de 1 centimètre la muqueuse vésicale sur cette saillie; la muqueuse étant assez mobile à ce niveau, les bords de l'incision s'écartèrent, et le bout de la sonde, refoulant la cicatrice uréthrale, vint faire saillie dans leur intervalle. De chaque côté de cette saillie, je passai une anse de fil prenant toute l'épaisseur de la paroi uréthrale et dont la partie moyenne était située dans le canal même; puis j'incisai largement entre ces deux anses de fil, sur le bec de la sonde, la paroi uréthrale.

L'extrémité de l'urèthre étant maintenue béante dans la vessie par la traction exercée sur ces deux anses, de chaque côté, je cherchai dans l'urèthre le plein de l'anse avec un crochet, je l'attirai à l'extérieur, je le coupai, et j'eus ainsi quatre fils, traversant la paroi de l'extrémité du canal et qui, repris et passés au travers de la muqueuse, me permirent d'assurer par ces quatre points de suture l'union de la muqueuse vésicale et de la muqueuse uréthrale. J'ajoutai encore quelques points intermédiaires, et, la continuité du canal de l'urèthre et de la vessie étant ainsi rétablie, je plaçai à demeure une sonde de Pezzer que je laissai en place pendant cinquante-deux jours. L'orifice vésical de l'urèthre ainsi reconstitué n'a jamais marqué la moindre tendance à se rétracter.

Le 8 février 1895, l'opérée me suivit à l'hôpital de la Pitié; là,

trois mois furent employés à obtenir une dilatation complète du vagin au moyen de boules en aluminium de Boseman. Ce ne fut que lorsque la plus grosse de ces boules put être introduite et supportée sans souffrance que je procédai à l'occlusion de la fistule.

Deuxième opération, le 16 mai 1895. — Sous l'influence de la dilatation, la paroi antérieure du vagin et les bords de la fistule ont entièrement perdu leur rigidité; en attirant légèrement en bas la lèvre supérieure du col, on amène avec assez de facilité la lèvre supérieure de la perte de substance au contact de la lèvre inférieure.

Opération faite dans le décubitus latéral. Avivement vaginal en surface circulaire de 6 à 8 millimètres ; mais au lieu d'exciser la collerette muqueuse disséquée tout autour de la fistule, je la retrousse dans la cavité vésicale et je la serre au moyen d'une suture en bourse, au catgut, constituant ainsi un premier plan d'occlusion destiné à protéger la suture vaginale du contact de l'urine ; puis, de la lèvre supérieure à la lèvre inférieure de la paroi vaginale, je passe 13 ou 14 points de suture au crin de Florence, comprenant et affrontant toute l'étendue de la surface d'avivement. Sonde à demeure ; tamponnement vaginal.

Le douzième jour, on s'aperçoit que le pansement est mouillé et que l'opérée perd les urines ; les fils sont retirés le lendemain ; la plus grande partie de la réunion s'est effectuée ; elle a échoué dans une certaine étendue vers la droite; il reste un orifice de communication de dimension d'une pièce de 50 centimes environ.

Plusieurs mois sont laissés à la malade pour se refaire, puis on reprend la dilatation vaginale qui est de nouveau portée jusqu'à la plus extrême limite.

Troisième opération, le 21 novembre 1895. — La malade étant dans le décubitus dorsal, le bassin fortement relevé, la paroi postérieure du vagin abaissée avec une valve, on fait de nouveau un très large avivement circulaire, mais cette fois on excise la muqueuse dans toute l'étendue de l'avivement. Puis la lèvre supérieure et la lèvre inférieure avivées de la fistule sont réunies par 9 points de suture au fil d'argent très fort, dont les extrémités sont fortement serrées, d'abord au fulcrum, puis avec le tord-fil ; quelques points de suture complémentaires sont faits avec du crin de Florence.

Ces fils sont retirés le quinzième jour seulement; la sonde à demeure est laissée un mois entier. Au bout de ce temps, elle est retirée. Tant que la malade reste au lit, elle garde toutes ses urines et la miction se fait normalement environ toutes les deux heures. Mais, dès qu'elle se lève, elle recommence à perdre les urines; il semble même qu'elle les perd alors en totalité. L'examen fait reconnaître à l'extrémité droite de la ligne de réunion un orifice presque imperceptible, duquel l'urine s'échappe en jet dans les efforts; le stylet le plus fin ne peut cependant s'introduire dans cet orifice.

La malade est remise au lit avec la sonde à demeure. Au bout de trois semaines, on retire la sonde; la malade peut retenir la totalité des urines; au bout de quinze autres jours, on lui permet de se lever pendant deux heures par jour; elle continue à ne plus perdre.

Il y a actuellement plusieurs semaines que la malade se lève et marche. Quand elle est debout, elle ne peut guère retenir ses urines qu'une heure et demie environ; encore, lorsqu'elle tousse, perd-elle un peu d'urine. Quand elle est au lit, elle peut n'uriner que toutes les deux heures, quelquefois même à de plus longs intervalles.

L'examen montre que la réunion est complète et parfaite; elle est régulièrement transversale et siège à 1 centimètre au-dessous de l'insertion de la paroi vaginale à la lèvre antérieure du col.

Quoique la vessie soit pleine, aucune goutte d'urine ne s'échappe par la ligne de réunion. Quand l'opérée tousse, un peu d'urine est projetée par le méat. La sonde introduite à ce moment dans la vessie évacue une notable quantité d'urine claire, et cependant la malade est venue se placer d'elle-même, en marchant, sur le lit à examen. Il n'existe aucun obstacle, aucune trace de rétrécissement au col de la vessie.

Tel était l'état de l'opérée au moment où j'achevais de rédiger cette observation; mais, peu de temps après, vers le mois de février 1896, alors qu'elle se disposait à quitter l'hôpital pour retourner chez elle, on s'aperçut que ses urines renfermaient un dépôt muco-purulent assez abondant, coloré par du sang. Cet écoulement sanguin, variable suivant les jours, ayant pris des proportions assez importantes, l'examen cystoscopique fit voir, au niveau du point où siégeait autrefois la perforation, une cicatrice blan-

châtre et, au-dessous d'elle, un gros bourgeon charnu, de coloration foncée, et d'où provenait certainement l'hémorrhagie. Je ne crus néanmoins pas nécessaire de dirigor sur ce point une intervention nouvelle; des lavages à la solution boriquée et avec une solution de nitrate d'argent firent peu à peu diminuer l'écoulement sanguin et le dépôt muco-purulent des urines. Ce ne fut néanmoins qu'au mois de juillet que je laissai la malade retourner chez elle. Elle m'a écrit au mois d'octobre dernier : « Il y a un mois et demi que je ne vois aucune trace de sang dans mon urine et que je ne ressens aucun mal en urinant. Je me porte très bien ; si je voulais faire un travail un peu pénible, je ressentirais quelques gouttes d'urine qui s'en va (*sic*) ; mais en faisant mon ménage et en ne travaillant pas trop, je garde bien mon urine et je me porte bien. »

L'incident qui a retardé la guérison a été dû certainement au bourgeon formé par le refoulement de la muqueuse vaginale disséquée et retournée du côté de la vessie. La saillie qu'il formait dans la cavité de celle-ci a pu être reconnue par l'examen cystoscopique, et ce ne fut qu'après sa rétraction graduelle que le saignement auquel donnait lieu cette sorte de fongus s'est arrêté et que la guérison a pu être considérée comme complète.

Les fistules vésico-génitales de la femme deviennent heureusement de plus en plus rares grâce aux progrès de l'instruction obstétricale des nouvelles générations médicales. Je ne puis interpréter autrement ce fait que, dans les premières années de ma pratique, comme chirurgien des hôpitaux, il ne se passait pas d'année sans que j'eusse à traiter deux ou trois femmes atteintes de lésions de cet ordre — au moins, — et que dans ces derniers temps il s'est parfois écoulé un an entier sans que j'en aie vu entrer une dans mon service. Le nombre des femmes que j'ai soignées pour des fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines dépasse actuellement une vingtaine. Une seule ne m'a pas paru pouvoir être opérée ; elle avait à la fois une destruction de toute la paroi vésico-vaginale et une destruction de la cloison recto-vaginale, de laquelle il ne restait qu'un pont correspondant à l'anus.

Dans un cas, j'ai eu un insuccès presque complet ; il s'agissait probablement d'une fistule vésico-uréthro-vaginale. Dans un troisième, à la suite d'une oblitération du vagin par la méthode de Simon, j'ai vu un calcul phosphatique se former au-dessus de l'occlusion, dans le vagin, calcul pour lequel il fallut détruire la réunion qui avait été obtenue ; une opération tentée pour fermer l'ouverture par laquelle j'avais extrait le calcul échoua. Enfin, en 1883, je perdis une de mes opérées, peu de jours après l'opération, de cellulite pelvienne septique : cette complication avait été favorisée par la hâte avec laquelle j'avais voulu procéder à l'opération peu de jours après avoir pratiqué la section et la déchirure de brides cicatricielles rétrécissant le vagin. Toutes mes autres opérées ont guéri par l'avivement et la suture de la fistule. Je me hâte de dire que mon éducateur en la matière a été le Dr Nathan Bozeman, que j'ai eu la bonne fortune d'assister dans plusieurs opérations et dont j'ai pu suivre de près toute la pratique pendant un séjour qu'il fit à Paris en 1875 et durant lequel mon ancien maître Dolbeau lui avait ouvert son service. A cette époque, je rendis compte des procédés de Bozeman dans deux articles que je fis paraître dans les numéros du 13 et du 17 mai de la *France médicale*. Bozeman voulu bien me répondre et compléter lui-même l'exposé que j'en avais fait, par une lettre qui fut insérée dans les numéros des 21 et 24 juin du même journal. Si je rappelle ces souvenirs anciens, c'est que la plupart des auteurs semblent avoir oublié et négligent aujourd'hui plusieurs points sur lesquels Bozeman faisait reposer tout l'avantage de sa méthode. Je reviendrai tout à l'heure sur quelques-uns d'entre eux.

Sur le nombre de femmes que j'ai soignées pour des fistules vésico-vaginales, c'est la seule fois que j'aie observé l'oblitération de l'orifice vésical de l'urèthre. Cette complication, au premier abord, me paraît ne laisser aucune chance de succès à l'opération : je pensais que, même en rétablissant l'abouchement de l'urèthre dans la vessie et en fermant la

fistule, la malade conserverait une incontinence totale tenant à la destruction du sphincter vésical et à l'impossibilité de le reconstituer. On a pu voir qu'il n'en a pas été ainsi. Je ne reviendrai pas sur le procédé très simple que j'ai employé pour refaire l'orifice vésical de l'urèthre : on le trouvera décrit en détail dans l'observation ; il a consisté, en résumé, dans la suture de la muqueuse vésicale et de la muqueuse uréthrale, sur les bords d'une incision intéressant largement le diaphragme qui oblitérait la communication. Il est probable que les fibres musculaires du col vésical n'avaient pas trop souffert du traumatisme obstétrical et que la sonde qui me guidait dans la recherche du cul-de-sac uréthral eut la chance de faire saillie au point même où le col vésical s'ouvrait autrefois. Quoi qu'il en soit, le rétablissement des fonctions vésicales, après l'occlusion de la fistule, fut, sinon parfait, du moins très satisfaisant. L'opérée retient ses urines pendant plusieurs heures même quand elle travaille et quand elle marche ; elle vide à volonté sa vessie ; elle a donc un col qui fonctionne dans des conditions presque normales et j'espère que celui-ci se *sphinctérisera* davantage encore avec le temps

Cette fistule, d'ailleurs, quoiqu'elle fût une des plus larges que j'aie eues à fermer, se présentait, à part la complication sus-mentionnée, dans des conditions de simplicité relative ; elle était indépendante de la lèvre antérieure du col et séparée d'ellepar un intervalle suffisant ; il n'y avait pas de rétrécissement du vagin par des brides cicatricielles, comme ceux dont j'ai dû triompher dans d'autres cas (l'un d'eux n'admettait l'index qu'avec peine) ; les uretères étaient indemnes et les urines n'étaient point altérées. La principale difficulté tenait aux dimensions verticales considérables de la fistule qui l'emportaient de beaucoup sur les transversales, de telle sorte que la réunion, pour être correcte, devait se faire suivant le plus grand diamètre de la perte de substance. C'est ici que j'ai eu tout particulièrement à m'applaudir d'avoir suivi les préceptes de Bozeman.

La dilatation graduelle du vagin par l'emploi des boules dilatatrices et du tampon est l'acte préparatoire obligé de toute opération de fistule vésico-vaginale bien faite. Cette dilatation n'a pas pour but seulement de donner à l'opérateur ses coudées franches, c'est là le moindre de ses avantages : elle amène le relâchement, la libération des bords de la perte de substance en faisant cesser la rétraction des adhérences cicatricielles qui les tirent en sens opposé. Ce traitement, mené avec une extrême prudence et la lenteur nécessaire, doit être conduit aussi loin que possible, jusqu'à ce que le doigt porté en tous sens, jusqu'à ce que le spéculum bivalve introduit dans toutes les directions ne révèlent plus de bride faisant une saillie anormale dans la cavité vaginale. Les brides cicatricielles qui résistent doivent être sectionnées avec prudence et en plein jour, surtout celles qui avoisinent le rectum ou le cul-de-sac postérieur : chez mon opérée, je n'ai pas eu besoin de recourir à ces petites opérations préalables, qui sont fort souvent nécessaires ; mais chez elle mieux que chez la plupart des autres malades que j'ai soignées, j'ai pu constater l'efficacité de ce traitement préparatoire. Quand le vagin eut été dilaté à l'extrême et qu'il put admettre les plus grosses boules dilatatrices de la série Bozeman, la lèvre supérieure de la perte de substance pouvait être amenée et maintenue sans nul effort au contact de la lèvre inférieure dont elle était originellement distante de 6 centimètres. J'étais bien sûr que désormais ma suture n'aurait aucun tiraillement à supporter.

Ne possédant pas le support de Bozeman, qui permet d'endormir les malades et de les opérer dans la position genu-pectorale, j'ai fait d'abord mes opérations en employant le décubitus latéral droit ou gauche, suivant que le côté droit ou le côté gauche de la fistule me semblait devoir être le plus difficilement accessible. Quand la fistule n'est pas trop haut située, je préfère actuellement le décubitus dorsal combiné avec une élévation assez forte du bassin ; mais il ne faut pas se cacher que la position de Bozeman donnerait une beaucoup plus grande aisance à l'opérateur.

Dans l'avivement, que je fais très oblique, j'avais toujours observé le précepte de Bozeman, qui conseillait de faire porter cet avivement sur toute l'épaisseur du bord de l'orifice de communication vésico-vaginale, en y comprenant la muqueuse vésicale comme la muqueuse vaginale. J'ai cru pouvoir le délaisser dans la première des opérations d'occlusion que j'ai fait subir à ma malade, et j'ai voulu me servir de la collerette muqueuse, constituée par la dissection du pourtour de la fistule, pour la refouler du côté de la vessie, l'y fixer par une suture en bourse et pour former ainsi un premier plan de réunion, une sorte de bouchon recouvrant la suture des lèvres et la fistule et la protégeant contre le contact de l'urine.

Cette modification du procédé opératoire m'avait donné, dans un cas antérieur, un assez bon résultat, mais je n'y aurai plus recours. La saillie des parties molles refoulées dans la cavité vésicale y détermine, ainsi que le prouve l'observation présente, la formation d'une sorte de fongus dont la présence peut être l'origine de quelques complications; l'examen cystoscopique, chez mon opérée, a démontré que le dépôt muco-purulent des urines et les hémorrhagies vésicales, qui se sont produites assez longtemps après l'opération et qui ont retardé la guérison, étaient certainement dus à cette cause. C'est un sous-procédé que j'abandonne entièrement, je n'y aurai plus recours dans la suite.

Dans la suture, j'avais récemment délaissé le fil d'argent pour me servir de crin de Florence; est-ce à cette circonstance que j'ai dû l'insuccès d'une partie de ma réunion, insuccès qui a nécessité une seconde opération? Je ne voudrais pas l'affirmer, mais ayant usé de l'un et de l'autre, je dois dire que c'est au fil d'argent très fort, tel que celui dont se servait Bozeman, que je donne la préférence. Quand tous les fils ont été passés et serrés avec l'ajusteur ou le fulcrum, il faut, avant de les tordre, pousser une injection par l'urèthre dans la vessie; si les lèvres de la fistule restent partout au contact, si rien ne filtre au travers de la réunion, si l'injection ne revient nullement par le vagin, on peut être sûr que

l'affrontement restera parfait et que la réunion sera complète.

Pour fixer la suture, j'avais autrefois employé les petites plaques de plomb perforées dont se servait Bozeman; j'y ai renoncé depuis lors, parce que le temps nécessaire pour en déterminer les dimensions, la forme, pour les percer aux points voulus des trous nécessaires au passage des fils, allonge démesurément l'opération. Je me suis borné dans la dernière opération à serrer les fils d'argent avec un *tord-fils*.

Dans la confection de cette suture, l'essentiel est de se servir de fil gros, pour qu'il soutienne les surfaces sans les couper; pour que, par sa rigidité seule, il maintienne en contact les lèvres de l'avivement sans qu'on ait besoin de serrer trop chacun des points. S'il est nécessaire, dans l'intervalle de ceux-ci, on peut placer quelques points de suture au crin de Florence ou à la soie pour réunir bord à bord les muqueuses de la manière la plus complète.

Au dernier congrès de chirurgie, M. Ricard a présenté un procédé, déjà employé par Gerdy, puis par M. Duboué, et qui consiste à dédoubler sur tout le pourtour de la fistule la cloison vésico-vaginale pour réunir ensuite par la suture les bords opposés des lèvres vaginales de l'orifice fistuleux avivé dans ce premier acte. Cette manière de procéder est simple et très pratique, mais il faut qu'elle soit possible, et elle n'est certainement pas applicable aux fistules siégeant en plein tissu cicatriciel comme celles que j'ai vu opérer par Bozeman et que j'ai opérées moi-même.

Il en est également ainsi de l'abaissement de la fistule que l'on attire à la vulve afin de faire l'opération à découvert. Il faut, cela va de soi, recourir à cette manœuvre toutes les fois qu'elle est exécutable; mais elle ne l'est pas, ou très incomplètement, quand on a affaire à ces vagins cicatriciels et rétrécis pour lesquels le traitement de Bozeman par la dilatation préalable est absolument nécessaire et peut seul conduire à un bon résultat.

C'est sur ce point que je veux encore revenir en terminant :

L'opération de la fistule vésico-vaginale est une opération relativement facile même dans les cas complexes, puisqu'elle ne présente que des difficulté mécaniques dont on vient à bout avec la dextérité que donne l'habitude. Elle ne présente pas cet inconnu auquel il faut toujours s'attendre dans d'autres opérations plastiques et qui vous force à renoncer, chemin faisant, à un plan mûrement étudié, pour en chercher un autre. Mais pour la faire dans de bonnes conditions, il est nécessaire de donner tous ses soins au prologue, à l'acte préparatoire, à la dilatation du vagin par laquelle, non seulement on s'ouvre un accès plus large vers la perte de substance que l'on se propose de combler, mais on fait disparaître la tension des bords de la fistule, la traction exercée sur eux par les brides cicatricielles, causes auxquelles il faut rapporter le plus grand nombre des insuccès qui ont été observés à la suite des opérations de cette espèce.

DE L'URÉTHRO-CYSTOPLASTIE (1)

Par **Pierre Bazy**, chirurgien des hôpitaux.

La communication, que M. Berger nous a faite dans la dernière séance et qu'il a su rendre si intéressante par les considérations dont il l'a accompagnée et les heureux résultats qui ont suivi son intervention, m'a semblé devoir être pour moi l'occasion de vous faire connaître une opération analogue dont j'avais écrit la relation depuis au moins trois ans et que j'avais conservée dans mes cartons.

Je vous demande la permission de vous la lire, telle que je l'ai écrite à ce moment.

Cette opération, ou plutôt la série des opérations qu'a nécessitées le cas que je vous soumets, a été faite dans le cours des années 1891 et 1892, à l'hôpital Lariboisière, dans

---

(1) Communication faite à la *Société de chirurgie*.

le service de mon maître, M. Peyrot, dont j'avais l'honneur d'être l'assistant.

Nous n'avons plus très souvent occasion d'observer dans notre pays, du côté des voies génitales de la femme, des désordres résultant d'accouchements mal conduits ou malheureux ; je veux parler de fistules vésico-vaginales, de destruction de portions plus ou moins étendues du vagin. Je viens, cependant, d'en observer dernièrement un cas qu'il m'a paru intéressant de vous signaler, parce qu'il représente, je crois, presque l'extrême limite des altérations auxquelles peut aboutir la gangrène du vagin.

En effet, voici dans quelles conditions il se présente à mon examen :

La fourchette est largement déchirée et la vulve béante ; sans qu'il soit nécessaire d'écarter les lèvres, on aperçoit tout d'abord la paroi postérieure du vagin, bombée comme une rectocèle au début et d'apparence cicatricielle. Cette voussure répond, quand on pratique le toucher rectal, à une dépression, à un creux rectal, et on sent alors la minceur de la cloison recto-vaginale qui paraît réduite à la paroi rectale seule. De plus, en pratiquant le toucher rectal, on sent que le doigt est dans une véritable cavité dont la paroi supérieure, constituée par la cloison recto-vaginale, forme une véritable voûte dont les côtés adhèrent aux parois du petit bassin et y sont rattachés et fixés par du tissu cicatriciel.

Revenant du côté du vagin, on voyait, immédiatement derrière cette voussure de la paroi vaginale postérieure, une saillie exactement du volume du petit doigt, rosée, ferme, rappelant par sa consistance le tissu utérin ; en effet, c'est bien là un moignon de col utérin, car, quelques jours après, la malade ayant ses règles, nous l'examinâmes pour voir par où pouvait sortir le sang menstruel et nous aperçûmes, à l'extrémité du moignon, un petit orifice comme une piqûre d'aiguille par où sortait ce sang ; si nous n'eussions pas vu le sang couler, nous ne nous serions jamais douté que cet orifice

existait et, chose remarquable, les règles n'étaient nullement douloureuses.

En avant de ce moignon, on voyait une autre saillie rougeâtre, violacée, mûriforme, en avant de laquelle était un large orifice, c'est la muqueuse vésicale en éversion ; on pouvait dans cet orifice mettre largement deux doigts. Ce qui restait du vagin était représenté par du tissu de cicatrice.

L'urèthre était représenté par un canal de 1 centimètre de long, situé au voisinage du méat dont la paroi inférieure avait bien 1 millimètre d'épaisseur.

Si j'ajoute que les parois du vagin étaient adhérentes aux branches du pubis par un tissu cicatriciel, court et épais, j'aurai donné une vague idée des énormes désordres que j'avais sous les yeux et qui étaient les restes et les témoins d'un gangrène totale du vagin.

Or, celle-ci était due à un accouchement ; cette femme était accouchée deux ans auparavant en Algérie, et la tête, à son dire, serait restée trois jours à la vulve.

Évidemment, nous nous trouvions en présence d'un de ces cas dans lesquels on recommande l'occlusion du vagin.

A vrai dire, cette occlusion du vagin eût été beaucoup moins difficile que l'opération que je méditais et qui était la reconstitution d'une cavité vésicale et d'un canal ; néanmoins, je ne songeais pas un seul instant au colpokléisis.

J'ai, en effet, vu deux colpokléisis faits, il est vrai, un peu bas. Or, cette opération a été pour chacune de ces deux malades la source d'ennuis d'abord, puis de douleurs et enfin d'accidents infectieux qui les ont emportées.

En effet, dans le cul-de-sac vaginal, l'urine peut séjourner, s'infecter, s'altérer : il se forme des concrétions phosphatiques, la cicatrice s'ulcère, l'infirmité se reproduit ; et alors que les malades, avant l'opération, se portaient très bien et avaient une santé très bonne, à partir de ce moment, elles dépérissent, elles sont infectées et ne résistent pas longtemps à l'infection. C'était donc à rétablir une cavité vésicale

sans laisser de bas-fond, d'arrière-cavité, que je voulais arriver.

La tâche me paraissait si difficile à accomplir que je ne songeais à rien moins qu'à pratiquer la taille hypogastrique, afin de décoller les bords de la muqueuse vésicale et les suturer ; ensuite, j'aurais peut-être perforé, dans la symphyse pubienne, un large canal que j'aurais pu facilement [illegible].

Car, je dois le dire, je ne pouvais faire autre chose ici que rétablir une cavité où l'urine pût être retenue momentanément, puisque le sphincter vésical était complètement [illegible].

Je procédai donc à la première opération en 1891 (1).

Je dédoublai en arrière ce qui restait de cloison vésico-vaginale, j'avivai en avant l'ogive pubienne et sur les parties latérales, je fus obligé de détacher ce qui me paraissait être la vessie de la face postérieure des branches du pubis. Je pus faire avec beaucoup de peine l'occlusion complète, mais ces tissus me paraissaient avoir trop peu de vitalité pour que je pusse compter sur un succès complet, quoique la suture parût hermétique ; les points de suture faits au crin de Florence, avaient une direction antéro-postérieure.

Aussi, grandes furent ma surprise et ma joie quand, au bout de quelques jours, je m'aperçus que toute la moitié gauche de la brèche était comblée ; les fils étaient incrustés de sels calcaires que l'urine, finissant par filtrer, avait déposés, et cela malgré les diurétiques que j'avais donnés.

Les deux extrémités de l'ouverture, celles qui avoisinaient les pubis, avaient été d'un avivement si difficile que j'étais très satisfait d'avoir réussi un côté.

Après un certain temps, cette malade étant de celles que l'on opère quand on n'est pas trop occupé par d'autres, je recommençai. Je fis ainsi 2 ou 3 opérations.

Je finis par avoir une cavité vésicale avec un orifice sous-pubien ; entre temps le lambeau constituant la paroi inférieure de l'urèthre avait disparu.

---

(1) Je n'ai pu retrouver sur le registre d'opérations du service de M. Peyrot que la date de la reconstitution de l'urèthre ou plutôt d'un canal, qui est du 21 avril 1892.

Mais cela ne suffisait pas pour assurer l'occlusion mécanique. L'idéal eût été, en faisant un canal, d'y créer une valvule s'ouvrant de l'extérieur à l'intérieur sous la pression de la sonde et se fermant de l'intérieur à l'extérieur sous la pression de l'urine. Inutile de dire qu'il fallait renoncer à cet idéal. Je me bornai donc dans les séances ultérieures à créer un canal de trois centimètres environ sur la face antérieure du pubis dont on pût mécaniquement appliquer les parois contre cette symphyse, de manière à occlure la vessie.

Ce canal fait, je voulus voir si cette occlusion mécanique était possible et avant de commander un appareil, je fis appliquer un tampon sur ce canal et le fis maintenir au moyen d'un spica. Grâce à ce tampon, la malade pouvait garder l'urine trois heures; au bout de ce temps elle avait besoin d'uriner.

Mais la distension de la cavité vésicale amena une petite fissure qui se produisit précisément à l'extrémité droite de la première ligne de suture vésicale, presque derrière la branche pubienne; je la fermai par trois points de suture.

Je fis alors construire un appareil qui consiste dans un bandage à ressorts avec plaque hypogastrique d'où part perpendiculairement une tige en ressort terminée par une pelote allongée de 5 centimètres de long sur 2 centimètres de large en caoutchouc qui s'applique sur le canal, et comprime la paroi contre le pubis.

Cet appareil me paraissait propre à remplir le but que je m'étais proposé. Aussi fus-je bien surpris quand la malade me dit qu'il se dérangeait, et qu'il ne pouvait lui servir à rien. J'étais très désappointé; mais dans cette circonstance je fus servi par les événements. Cette malade depuis longtemps dans le service, avait, en même temps que beaucoup d'embonpoint, pris des habitudes d'indiscipline, pour laquelle, un jour, je la réprimandais; elle me demanda alors de signer sa pancarte, ce que je fis immédiatement, quoique à regret ; il me paraissait, je l'avoue, cruel de m'être donné tant de mal pour un si faible résultat.

Or, deux jours après, elle vient me voir chez moi, elle portait son appareil. Je lui demandai s'il fonctionnait bien; elle me répondit affirmativement, et ne se fit pas prier pour avouer qu'elle m'avait trompé jusqu'alors, que, du reste, si elle m'avait demandé de signer sa sortie, c'est qu'elle espérait que je refuserais.

Je regardai son appareil; il y avait près de trois heures qu'elle n'avait pas uriné, elle n'était pas le moins du monde mouillée ; or, depuis qu'elle l'avait placé, elle avait marché, s'était assise, tenue debout, en un mot s'était comportée comme tout le monde.

L'urine continue à rester limpide, aseptique, elle ne souffre pas, et le temps depuis lequel elle est opérée est un garant que cet état se maintiendra.

Voilà donc un cas de destruction complète de la paroi vésico- et uréthro-vaginale dans lequel on a pu reconstituer une cavité remplissant réellement le rôle de réservoir sans bas-fond, et sans crainte de danger pour l'avenir. L'étendue des désordres que j'ai eus à réparer m'autorise à penser que le colpocléisis doit être désormais rangé parmi les opérations qu'on ne doit plus pratiquer.

En terminant, qu'il me soit permis de faire observer qu'il serait possible, chez les sujets atteints d'exstrophie de la vessie, de faire l'occlusion mécanique de la vessie, chez les garçons, à l'aide d'une large bande de caoutchouc serrant la verge ; chez les filles, au moyen d'une pelote appliquée sur un canal qu'on créerait au-dessous de la cavité vésicale.

J'avais écrit ces lignes il y a longtemps ; j'ai revu depuis ce temps cette malade : elle a brisé ou détérioré son appareil et est allée dans le service de M. Terrier, où M. Hartmann lui a fait l'occlusion d'une fistulette qui s'était reproduite dans un point où la paroi vésico-vaginale était affaiblie.

Quand je l'ai revue, elle était telle que je l'avais laissée, avec une cavité vésicale terminée par un canal recourbé en avant, appliqué sur la face antérieure du pubis. Sur ce canal existe une petite fistulette que je n'ai pas pris la peine de fermer, parce que la pelote appuie sur ce point et en détermine l'occlusion.

Elle m'a suivi à Bicêtre, puis à Tenon, où j'ai voulu lui faire faire un appareil par l'intermédiaire du fournisseur de l'administration. Je n'ai pas pu y réussir ; il y a deux mois, enfin, M. Collin lui a fait un appareil conforme au modèle

dont je vous ai déjà parlé et qui doit être suffisant (je dis qui doit, parce que j'ignore s'il l'est). En effet, à peine l'avait-elle, que j'ai dû la renvoyer pour indiscipline.

Théoriquement, cet appareil doit bien fonctionner. S'il ne fonctionnait pas bien, on pourrait, en le modifiant légèrement, lui faire remplir son rôle d'une manière convenable.

Si on n'arrivait pas à trouver cet appareil, on pourrait peut-être mettre à demeure une sonde en caoutchouc rouge qui irait ensuite dans un urinal.

Mais si, malgré tout, les appareils devenaient insuffisants, il vaudrait mieux ne rien faire du tout. En effet, que l'urine s'échappe par une large ouverture ou qu'elle s'échappe par un petit pertuis, le résultat est le même.

Je ne pouvais pas ici, comme dans le cas de M. Berger, espérer reconstituer même un semblant de sphincter vésical. L'urèthre n'existant plus, il fallait refaire le réservoir vésical avec, à l'extrémité, un canal que l'on pût facilement fermer. Cette occlusion a été facilement obtenue au moyen d'un bandage en spica, maintenant un tampon compresseur ; un appareil peut aussi la déterminer.

Je n'insisterai pas sur le mode suivant lequel j'ai obtenu des surfaces cruentées : j'ai procédé par dédoublement ; sauf pour les petites opérations complémentaires j'ai dû procéder par simple grattage de l'épithélium cicatriciel : un avivement eût été trop profond, un dédoublement impossible.

L'urèthre a été reconstitué par des lambeaux pris sur les deux branches de l'ogive pubienne, puis sur le reste de la vulve.

Je n'ai pas fait de recherches bibliographiques sur ce point : je ne sais pas si on s'est préoccupé, dans des cas analogues, d'éviter le colpocléisis.

J'ai trouvé dans les *Annales des maladies des voies urinaires* (1895, p. 549) l'analyse d'un cas analogue publié par Ott dans le *Centralblatt für Gynäk.*, 1894, n° 40, où le chirurgien a fait l'occlusion du vagin et reconstitué avec les petites lèvres un canal qu'il a fermé au moyen d'une pelote.

C'est en somme un colpocléisis avec un canal surajouté. J'ignore les suites de l'opération, mais il est à craindre qu'elles ne soient aussi mauvaises que dans les colpocléisis pour larges fistules vésico-vaginales.

RESTAURATION ANAPLASTIQUE DE L'URÈTHRE, DU VAGIN, DE LA VESSIE ET DU RECTUM (1).

Par M. Péan.

Mme B..., âgée de 29 ans, mariée à 27 ans, a eu un accouchement très laborieux d'un fœtus à tête volumineuse ; celle-ci reste quatre jours sur le périnée, gênant beaucoup la circulation des parties molles : depuis, un forceps fait, pour ainsi dire *in extremis* et avec violence, une déchirure totale du périnée ; la malade se rétablit à la longue, mais sans pouvoir garder son urine ni ses selles. Quand je l'examinai pour la première fois, je trouvai, à la place du périnée, un tissu de cicatrice, percé de deux trous : l'un antérieur, un peu arrondi, l'autre postérieur, un peu transversal, correspondant à la partie inférieure du rectum. Les cloisons, recto-vaginale et vésico-vaginale étaient complètement détruites et remplacées par un cloaque par lequel sortaient alternativement l'urine, les selles et le sang des règles. Pour faire une exploration plus complète et pour savoir ce qu'étaient devenus l'utérus et la vessie dont on ne trouvait aucune trace, je réunis les deux orifices ; grâce au jour ainsi produit, je constate que la vessie est détruite dans toute l'étendue du bas-fond vésical et que son col n'existe plus ; il en est de même de l'urèthre. Immédiatement en arrière de cet organe se trouve le col de l'utérus, petit, informe, couvert de cicatrices. Son orifice est si petit qu'il n'admet aucun cathéter. Bien que l'entreprise fût des plus difficiles, ainsi que l'affirmaient plusieurs chirurgiens consultés auparavant, la situation de cette pauvre femme était si intenable que nous nous décidâmes à l'intervention.

La malade étant dans le décubitus dorsal, le siège soulevé par un coussin glissé sous le sacrum, j'essaie d'abord de reconstituer

---

(1) Communication à l'Académie de médecine.

une vessie, puis un urèthre; pour cela, à gauche de la vulve est taillé un lambeau; celui-ci est tracé au moyen d'une incision qui passe transversalement au-dessous du col de l'utérus, et qui arrive à la partie inférieure de la grande lèvre, remonte jusqu'au mont de Vénus, en suivant le bord inférieur de cette grande lèvre elle-même; cette dernière partie de l'incision est demi-circulaire; elle me permet de disséquer de gauche à droite, de dehors en dedans, jusqu'à la ligne médiane, ce qui est nécessaire des parties molles des grandes et des petites lèvres et du tissu de cicatrice placé à gauche et au-dessous de la vessie et du col de l'utérus jusqu'à la ligne médiane; à ce moment, mon lambeau devient assez mobile pour que je puisse le replier en adossant à elle-même sa surface tégumentaire. Lorsque ce lambeau est ainsi replié, son bord gauche vient s'appliquer au-devant de la grande lèvre droite sur laquelle je le greffe après avoir pratiqué, à travers la paroi, une incision antéro-postérieure, allant depuis la base du lambeau jusqu'à la hauteur du clitoris, à la partie inférieure ou horizontale, qui passe à 3 centimètres au-dessous du col de l'utérus; je suture à lui-même le lambeau adossé, de sorte que, partout, la face tégumentaire du lambeau masque le col de l'utérus, l'ouverture vésicale et le tissu cicatriciel qui séparait cette fistule du clitoris et des débris des petites lèvres; de la sorte, non seulement la fistule urinaire et le col de l'utérus sont masqués, mais encore l'urine ne peut sortir que par le bord antérieur du lambeau qui en est la partie la plus étroite.

Pour recouvrir le périnée et la moitié inférieure de la cloison recto-vaginale, il est nécessaire de tailler un lambeau sur le côté droit de la vulve et de la cuisse; avant de détacher ce lambeau, nous commençons par reconstituer une paroi antérieure du rectum dans sa moitié supérieure. Nous disséquons la muqueuse du rectum aussi haut que possible, en arrière de l'utérus, de façon à l'abaisser de 3 centimètres. Puis, immédiatement au-dessous, nous détachons, de chaque côté, le rectum, assez profondément pour pouvoir les rapprocher d'un côté et les suturer de l'autre sur la ligne médiane. On voit alors, à l'extérieur, la surface de la muqueuse disséquée et cruentée, occupant la place que la cloison recto-vaginale aurait eue à l'étal normal. Ceci fait, il reste à recouvrir cette surface saignante, ensuite la surface saignante de l'autre lambeau qui nous avait servi à reconstituer le bas-fond

de la vessie et l'urèthre. Pour y parvenir, il nous suffit de la recouvrir avec la surface cruentée de la base du grand lambeau que nous avons emprunté ou côté droit de la région. De la sorte, il n'existe plus de surface saignante autre qu'une partie de celle qui a été mise à découvert par la partie supérieure du lambeau droit déplacé, celle-ci est fermée par quelques points de suture qui en rapprochent les bords. Le grand lambeau est lui-même fixé sur le pourtour de sa portion libre par des surjets de catgut.

Tous ces lambeaux sont très espacés ; leur adossement est destiné non seulement à faire disparaître des troubles fonctionnels et les difformités de la région, mais encore à ranimer, le mieux possible leur propre vitalité; l'opération ainsi terminée, il était désirable que le travail de restauration que nous venions d'établir en faveur de l'urèthre, de la vessie, de l'utérus, du rectum et du périnée, se maintînt d'une façon définitive; l'urine s'écoulait librement par son orifice normal et les matières fécales sortaient à distance par l'anus. Seule, la moitié inférieure de la cloison recto-vaginale, n'étant pas encore reconstituée, laissait voir un orifice anormal de dimension beaucoup trop grande, que nous nous proposions de reconstituer à son tour. En outre, bien que les urines, les garde-robes ne soient plus mélangées, elles ne pouvaient pas encore être retenues volontairement; néanmoins, grâce à la restauration déjà faite, la malade était très soulagée ; sa santé se rétablit de jour en jour ; malheureusement, au bout de quelques semaines, nous vîmes se former une escarre sur la ligne médiane, à l'union de nos deux lambeaux, juste au point où ils recouvraient le col de l'utérus et le bas-fond de la vessie restaurée; il en résulta que toutes les urines sortirent à nouveau à travers le périnée, ne sortirent plus par notre nouvel urèthre et passèrent par le périnée causant, par leur incontinence, une irritation cutanée. Au lieu de réparer immédiatement ce désordre, nous préférâmes attendre jusqu'au 19 décembre suivant pour le combler et pour intervenir; il s'agissait alors, pour une même séance, de la cloison recto-vaginale. Pour reconstituer cette portion ano-rectale, nous avons recours au même procédé qui nous avait réussi dans la première séance pour restaurer la partie supérieure de la cloison vaginale c'est-à-dire que nous disséquâmes, de chaque côté de la muqueuse rectale, très largement, dans toute la hauteur de la perte de substance et cette dissection

nous permit à nouveau de rapprocher sur la ligne médiane ces deux lambeaux et de les entourer sur la ligne médiane sur une hauteur de 1 centimètre, puis à disséquer, en même temps qu'elle, sur les parties latérales du rectum, le tissu fibreux et musculaire qui la doublait jusqu'au bord postérieur de l'orifice anal, de façon à avoir deux lambeaux latéraux épais, suffisamment vastes, pour que nous puissions rapprocher l'un de l'autre leur bord libre sur la ligne médiane; ces bords libres eux-mêmes furent réunis du côté de la lumière de l'anus et du rectum et suturés l'un à l'autre par un surjet de catgut; de la sorte, l'orifice inférieur de l'anus se trouve reporté aussi en arrière que possible, c'est-à-dire à son siège normal; restait à recouvrir la surface cruentée à cette nouvelle portion de la cloison recto-vaginale; c'est ce qui fut fait au moyen de deux lambeaux latéraux pris dans les téguments voisins; pour tailler ces lambeaux, nous fîmes plusieurs incisions latérales, les inférieures, partant de la partie inférieure du nouvel anus et se dirigeant en bas et en arrière, à travers les fesses; les supérieures commençant au niveau du point où nous avions commencé à détacher la muqueuse; ces deux lambeaux furent disséqués à partir de la ligne médiane de dedans en dehors, de façon à avoir, dans leur épaisseur, beaucoup de tissu cellulo-adipeux jusqu'à leur base adhérente par laquelle pénétrèrent les vaisseaux nourriciers. Quand ils furent suffisamment mobiles, ces lambeaux furent attirés par glissement jusqu'à la ligne médiane au niveau de laquelle ils furent suturés l'un à l'autre par un nouveau surjet de catgut; de la sorte, leur surface cruentée recouvrit la surface cruentée de la muqueuse rectale, qui nous avait servi à restaurer la moitié inférieure de la cloison recto-vaginale. Il ne nous restait plus qu'à boucher la nouvelle fistule vésico-vaginale qui s'était faite sur la ligne médiane, au-dessus des derniers lambeaux et qui avait mis à la fois à nu le col de l'utérus et l'ouverture vésicale. Ce temps de l'opération ne fut pas trop difficile, grâce au soin que j'avais pris, dans la première séance, de le recouvrir par deux lambeaux épais, adossés l'un à l'autre.

Je circonscris par une incision curviligne convexe en arrière de la partie postérieure de la fistule et je détache d'arrière en avant un lambeau cutané assez grand pour masquer complètement l'orifice normal; ce lambeau est maintenu en place par un surjet

de catgut ; il ne reste plus alors qu'à couvrir la surface cruentée, c'est ce qui fut fait en empruntant de chaque côté un lambeau de segment assez grand pour qu'après les avoir disséqués assez largement on pût les rapprocher et les suturer l'un à l'autre sur la ligne médiane de la cloison recto-vaginale ; il en résulte que le col de l'utérus et la vessie se trouvent circonscrits par des incisions qui me permettent, de chaque côté, de détacher de dehors en dedans des lambeaux latéraux. Je dissèque ces derniers de dehors en dedans pour pouvoir renverser leurs bords latéraux sur la ligne médiane et pour les réunir l'un à l'autre dans cette nouvelle position de telle sorte que leurs surfaces tégumentaires adossées, ils recouvrent le col utérin et la fistule vésicale, tandis que leur surface cruentée inférieure reste libre; pour la recouvrir, il ne me reste plus qu'à faire partir des angles supérieurs de cette perte de substance, deux incisions qui remontent en haut de chaque côté à travers les lèvres et à disséquer d'arrière en avant et de dedans en dehors des lambeaux de peau, doublée de tissus adipeux assez longs et assez épais pour pouvoir rapprocher leurs bords et les suturer sur la ligne médiane. A ce moment, la fistule se trouve non seulement masquée, mais encore le petit lambeau qui avait servi à la recouvrir se trouve doublé par un autre lambeau extrêmement épais et dont la vitalité est aussi bien assurée que possible, grâce à la largeur de sa base dirigée du côté des aines.

Nous avons cherché, dans cette deuxième séance, le succès de l'opération en empruntant aux cuisses et aux fesses les lambeaux des téguments épais et très nourris et en les attirant par glissement jusque sur la ligne médiane par la méthode française.

Ce glissement avait été rendu difficile par la conformation de la région ; la saillie des ischions et des branches ischio-pubiennes rendait difficile la traction de ces lambeaux vers la ligne médiane et surtout l'enfoncement de leur surface cruentée, qu'il s'agissait d'appliquer à la surface cruentée de la muqueuse qui nous avait servi à reconstituer la partie inférieure de la cloison recto-vaginale et des petits lambeaux latéraux qui nous avaient servi à masquer l'utérus et la fistule vésicale ; il en résulta que ces lambeaux cutanés laissèrent au-dessous d'eux un petit intervalle médian dans lequel il était à craindre qu'un peu de liquide sanguinolent s amassât pendant les jours qui suivirent l'opération ;

pour éviter cette complication, j'eus soin de laisser dans cet intervalle un petit tube de caoutchouc destiné à servir de drainage, et de faire un pansement ouaté iodoformé, antiseptique et légèrement compressif, suffisant à assurer l'hémostase, et aucune ligature n'avait été nécessaire. A la suite de chaque opération il n'y eut pas de fièvre ; à partir du premier jour les urines sortirent librement par l'orifice du nouvel urèthre et les garde-robes par l'orifice anal ; la malade en fut d'autant plus satisfaite qu'elle n'eut plus de souffrance dans la région, que celle-ci reprit sa forme et son aspect normal ; que d'emblée les garde-robes purent être retenues à volonté, et que peu à peu l'incontinence d'urine disparut ; aujourd'hui elle retient merveilleusement ses urines aussi bien que ses garde-robes, de telle sorte qu'elle peut mener une existence normale. Le passage du sang menstruel offre cette irrégularité qu'il se fait par celui de l'urine, par notre nouvel urèthre, mais sans que la malade en soit gênée, ce qui la dispensera vraisemblablement de faire, comme quelques opérateurs l'ont proposé dans quelques fistules vésico-vaginales, l'extirpation des ovaires et de l'utérus pour tarir la source des menstrues.

DEUX CAS DE FISTULES VÉSICO-VAGINALES GUÉRIES PAR L'OPÉRATION D'ÉPISIOCLÉISIS AVEC FISTULE RECTO-VAGINALE ARTIFICIELLE (1)

Par le D[r] **Lipinsky**,
Directeur de la Maternité à Mohilef-sur-le-Dniéper (Russie).

La communication de la cavité vésicale avec le vagin doit être regardée comme incurable dans tous les cas où nous ne pouvons restituer la fonction de l'appareil urinaire dans le sens anatomique, ni à l'aide d'une opération, ni par quelque autre traitement.

Je veux ici communiquer deux cas de ces fistules vésico-vaginales incurables.

Observation I. — Paysanne âgée de 28 ans ; pendant son enfance

(1) Ces deux malades ont été présentées à la Société médicale de Mohilef.

elle a toujours été bien portante ; elle commença à être réglée à 16 ans, les règles duraient 4 jours, étaient modérées et sans douleur. Mariée depuis un an. Deux ans avant son mariage elle avait eu dans la région inguinale droite un abcès, après lequel il resta une fistule. Un an après son mariage il se forma chez elle un autre abcès correspondant à l'épine iliaque postérieure droite. Deux ans après le mariage elle eut une fièvre typhoïde. Elle était accouchée 15 mois plus tard. L'accouchement dura trois jours et l'enfant naquit mort. Deux jours après l'accouchement la malade commença à uriner involontairement et deux semaines après, le 25 juillet 1891, elle entra dans le service gynécologique de la Maternité.

La malade, conformée passablement, est anémique, taille 145. Mesures du bassin : D. sp. 22, D. Cr. 24, D. Fr. 29, Conj. ext. 19 et demi centimètres. Au niveau du bord antérieur d'introïtus vaginal sur la paroi antérieure du vagin se trouve un orifice, qui mène dans une cavité dans laquelle en bas on tâte les branches horizontales et descendantes d'os pubis, et en haut, avec une grande difficulté, le bord supérieur de la fistule lequel passe dans la lèvre postétérieure étant tout à fait détruite. L'hystéromètre dans l'utérus ne rencontre aucun obstacle. Le corps de l'utérus est palpable distinctement par le toucher rectal. Quoique le vagin fût très rétréci, on pouvait cependant y introduire l'index. La muqueuse vaginale avait le caractère du tissu cicatriciel, elle était pâle, très peu mobile et couverte d'une fausse membrane, laquelle écartée se formait très vite de nouveau. La réaction de l'urine était alcaline.

Comme tel défaut ne pouvait pas être écarté directement par telle ou telle opération, en ayant seulement tel petit reste de l'urèthre, on pouvait penser dans ce cas uniquement à l'opération du kolpocléisis ; mais, auparavant, on devait détruire ce penchement de la muqueuse à former cette couche anormale décrite. Mais toute cette peine fut inutile. Le toucher de la muqueuse avec la solution d'arg. nitr. lig. ferri sesquilk les frictions avec l'onguent d'iodol, le curettage de la muqueuse, la cautérisation avec le fer rouge, tout cela restait sans aucun résultat et la malade quitta la Maternité pour améliorer sa santé générale.

Pour la seconde fois la malade entra à l'établissement le 4 octobre 1892. En examinant alors le vagin il apparut que sa mu-

queuse était tout à fait lisse et sur sa surface on n'observa plus de fausse membrane. Le 11 octobre on fit dans le tiers inférieur du vagin l'opération de kolpocléisis, mais en enlevant les sutures, il se déclara que dans un coin de la plaie restait une petite fistule à cause de laquelle il fallait faire encore une nouvelle réparation. Cette dernière était exécutée le 15 novembre. En enlevant le 29 novembre les sutures on reconnut la réunion complète par première intention, mais l'urine s'écoulait involontairement et c'était clair maintenant, que le reste de l'urèthre ne pouvait remplacer le sphincter et que l'unique issue était dans l'opération d'épisiocléisis cum fistula recto-vaginali artificiali.

OBSERVATION II. — Paysanne, âgée de 31 ans; pendant son enfance était toujours bien portante. Elle ne se rappelle pas quand elle commença d'être réglée ; les règles duraient 3-5 jours et les premiers jours avec douleur. Elle n'est pas mariée et elle est accouchée une fois un an et demi auparavant, l'accouchement dura 2 jours et demi et l'enfant déjà mort fut extrait par le médecin. Après l'accouchement, la malade a été prise de fièvre, commença à uriner involontairement, et le 13 janvier 1896 elle vint nous consulter à la Maternité.

Malade très fortement conformée, taille 156. Les mesures du bassin : D. sp. 23. D. Cr. 28 D. Fr. 30. Conj. ext. 21. Les seins et les organes génitaux sont développés régulièrement. L'orifice externe de l'urèthre mène dans un conduit à un demi-centimètre de longueur. Le bord supérieur de la fistule est formé par un lambeau qui vient de la paroi postérieure du vagin.

Pas de museau de tanche ni d'orifice de l'utérus. On ne sent plus nulle part l'utérus. Sur la paroi postérieure du vagin se trouve une cicatrice demi-circulaire, laquelle entoure une fistule recto-vaginale à 1 centimètre de longueur.

La nature de la fistule vésico-vaginale et de la fistule recto-vaginale était telle qu'on ne pouvait pas penser les oblitérer directement, et une dernière ressource était d'oblitérer le canal génital au-dessous de la fistule, c'est-à-dire le procédé de kolpocléisis. Mais comme cette dernière opération deux fois exécutée n'a pas réussi et comme on pouvait ainsi penser qu'après le kolpocléisis la malade ne mictionnera pas aussi volontairement à cause de si petit reste de l'urèthre, on conclut de recourir comme

dans le premier cas à l'épisiocléisis cum fistula recto-vaginali artificiali.

L'oblitération de la vulve combinée à la formation d'une fistule recto-vaginale, de manière à faire du vagin et de la partie inférieure du rectum un cloaque où l'urine accumulée peut être retenue par le sphincter anal, fut exécutée pour la première fois par Maisonneuve (1) en 1851. Après Maisonneuve, cette opération fut faite par Da Costa, Duarte. Puis on n'entendit plus parler de cette opération pendant quinze ans. C'est en 1875 seulement que Rose (2) la mit de nouveau en pratique et la dénomma *obliteratio vulvæ rectalis*. Depuis lors cette opération a été faite par beaucoup de chirurgiens : Cazin (3), Antal (4), Schrœder (5), Dittel (6), Kaltenbach (7), Fritsch (8) et Lebedeff (9).

Avant d'exécuter cette opération, nous devions résoudre les questions suivantes :

1° Est-il possible d'exécuter en général cette opération ?

La possibilité de cette opération est établie par les succès de Rose, d'Antal, une des deux opérations de Cazin, une de Dittel, une de Schrœder, une de Kaltenbach, deux de Fritsch, une de Lebedeff et enfin les deux miennes. Une des opérations de Cazin fut un insuccès, de même qu'une de Czerny (Lomer).

Le fait que cette opération est d'une grande difficulté est reconnu par tout le monde. Quoique Kaltenbach ait reçu le

---

(1) MALGAIGNE et LE FORT. *Manuel de méd. opérat.*, 9e édit., 1889, t. II, p. 747.

(2) *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. IX.

(3) *Arch. gén. de méd.*, 1881, p. 275 et 436.

(4) *Archiv für Gynäkologie*. Bd. XVI, Hft. 2, p. 314.

(5) *Zeitschrift für Geburtshulfe u. Gynäkologie*. Bd. X, p. 126.

(6) *Wiener med. Jarhbücher*, 1881.

(7) *Centralblatt für Gynäkologie*, 1883, p. ~~746~~ 61.

(8) *Centralblatt für Gynäkologie*, 1888, p. 804.

(9) *Wratch*, 1890, p. 838.

résultat favorable après deux mois et Lebedeff après un temps encore plus court, dans le cas de Rose la guérison n'arrive qu'après neuf mois, dans ceux de Schrœder après sept mois et dans celui de Dittel seulement après treize mois. Pour arriver à un résultat positif on a dû refaire l'opération deux et trois fois, même plus. Ce n'est que dans les cas les plus favorables qu'on a obtenu la guérison d'une seule opération.

Il est vrai de dire, par contre, que toutes les opérations de fistules exigent beaucoup de soins et qu'avec cette dernière on a des résultats allant constamment en s'améliorant. Ainsi dans mon second cas je suis parvenu à oblitérer la vulve beaucoup plus vite que dans ma première opération et c'est évidemment à cause de ma plus grande expérience. Je suis persuadé que dans des cas ultérieurs j'obtiendrai un résultat favorable dans un temps encore plus court parce que je pourrai éviter tout ce qui a nui à l'oblitération dans mes premières opérations.

2° Si cette opération est à exécuter il faut résoudre encore une autre question. Le sphincter anal peut-il suffire à retenir l'urine qui s'accumule dans la cavité rectale ? Cela est possible et est prouvé par tous les cas, dans lesquels l'oblitération de la vulve, et aussi par quelques cas analogues que nous trouvons dans la littérature. Cazin a publié l'histoire d'un soldat français chez qui, à la suite d'une plaie par arme à feu, s'était formée une fistule vésico-rectale ; ce soldat urinait par le rectum où il pouvait retenir l'urine pendant cinq à six quarts d'heure. De même un cas avec un enfant âgé do 9 ans, chez qui une déchirure du rectum avait suivi une opération de calcul et chez lequel s'était constituée une fistule vésico-rectale ; l'enfant pouvait aussi uriner par le rectum.

3° Jusqu'à présent on craignait que l'urine pût irriter beaucoup la muqueuse du rectum et par suite être la cause de diarrhée. Les cas de Maisonneuve et de Rose, dans lesquels l'autopsie fut faite, prouvent que cette crainte n'a

aucune raison d'être et que des malades souffrent au contraire de la constipation et non pas de diarrhée.

4° Encore une importante objection contre cette opération, c'est que le contenu rectal passe par la fistule dans le vagin et par sa décomposition peut être la cause de la formation de gaz et provoquer les douleurs au bas-ventre jusqu'à tel point qu'il faut quelquefois fendre les parties génitales déjà oblitérées, comme cela eut lieu dans le cas de Schrœder. Cazin et Kaltenbach étaient dans des conditions exceptionnellement favorables, parce que dans leurs cas il existait un pli de la muqueuse, qui par son bord libre fermait la fistule et de cette manière empêchait le passage du contenu rectal dans le vagin. Les mêmes conditions favorables qui existaient naturellement dans ces cas peuvent être créées chirurgicalement, selon l'opinion d'Andrejef, qui communique le cas de Lebedeff; il faut seulement former la fistule très bas, tout de suite au-dessus de l'anus, même au milieu des fibres supérieures du sphincter, c'est-à-dire là où n'existe pas de contenu intestinal. Il est dès lors très clair que, dans ce cas, le contenu ne peut pas passer dans le vagin.

Nous avons déjà dit que dans nos deux cas nous n'avions comme unique ressource pour guérir nos malades que l'opération d'épisiocléisis avec fistule recto-vaginale artificielle. Dans notre premier cas nous devions former tout d'abord la fistule rectale. Nous l'avons pratiquée, selon l'opinion d'Andrejef, au niveau des fibres supérieures du sphincter et dans ce but nous avons fait une incision à 1 centim. et demi de longueur dans la paroi antérieure rectale. L'incision fut suturée autour de ses bords et les fils ramenés par l'anus. Ensuite nous avons excisé de chaque côté de la vulve des lambeaux et nous avons suturé les surfaces avivées par des fils métalliques. Par la fistule rectale formée, comme nous l'avons dit, nous avons introduit dans le vagin un cathéter de Nélaton. Mais dès le premier jour qui suivit l'opération, nous avons remarqué que l'urine suintait par la vulve suturée. Le cathéter s'était obstrué ou avait été comprimé par

le sphincter; aussi, au lieu de cathéter nous avons introduit un tube de verre de l'épaisseur du doigt. Cela avait lieu le 25 janvier. Le 30 janvier, le tube et les ligatures de la fistule rectale furent enlevés; le 7 février, les sutures de la vulve. Les résultats de l'opération étaient les suivants : en haut, près du clitoris, nous avions une oblitération complète, mais en bas les bords de la plaie s'écartaient et ainsi se formait une ouverture par laquelle le doigt pouvait passer librement dans la partie antérieure du vagin. La suture de la vulve fut recommencée cinq fois et néanmoins il persistait toujours, quoique tout à fait petite, une fistule. Le tube de verre, introduit par la fistule recto-vaginale glissait constamment. A cause de cela, on dut, dans les dernières opérations, construire un appareil spécial en fixant au tube de verre, vers son extrémité, un tube de caoutchouc en croix. Cette disposition justifia nos espérances. Comme la malade était très affaiblie à cause de la répétition de l'opération, à cause de l'anesthésie chloroformique, et comme elle devait, tout le temps post-opératoire, rester sans bouger, nous l'avons envoyée à la campagne pour améliorer sa santé générale. Pendant le mois de juillet, une de nos sages-femmes nous apprit que le père de la malade, qui fréquentait de temps en temps le marché à la ville, a raconté que sa fille se portait tout à fait bien et qu'elle urinait maintenant régulièrement. J'ai réussi à persuader le père d'envoyer la malade à la ville, et quelque temps après, au mois d'août, elle se présenta chez moi. L'état général de la malade s'était considérablement amélioré. Elle nous raconta que pendant les premiers temps qui suivirent son retour, elle resta chez elle au lit; l'urine suintait comme auparavant. Mais peu à peu l'urine cessa de couler involontairement et la malade n'urine maintenant que trois à quatre fois dans les vingt-quatre heures et pendant la nuit elle peut retenir l'urine jusqu'au matin. A la place de la vulve nous trouvons une cicatrice forte et dans le rectum une fistule de telles dimensions que le doigt ne peut la franchir. La malade ne sent nulle part aucun mal, l'urine

est tout à fait claire et la réaction acide. Les selles sont aussi normales. En un mot, nous avons obtenu un résultat tout à fait favorable.

Notre second cas diffère du premier en ce que nous avions une fistule recto-vaginale déjà constituée assez large et située très haut. L'entrée du vagin était à la suite des deux tentatives antérieures de colpocléisis, si petite que même le doigt ne pouvait y passer. L'opération consista donc seulement dans l'oblitération de cet orifice. Mais après l'opération, il persista tout de même une fistule, quoique tout à fait petite, dans l'angle supérieur de la plaie. Probablement cet orifice s'oblitérait de temps en temps, car la malade pouvait de temps en temps retenir l'urine; mais comme cela avait lieu d'une manière intermittente, nous fûmes forcé d'oblitérer de nouveau cette petite fistule. Grâce à une vaste surface d'avivement et à trois étages de sutures, nous avons obtenu enfin une oblitération complète. Dans cette dernière opération nous avions employé les fils de soie parce que dans les derniers temps nous employons toujours dans toutes nos opérations les sutures exclusivement à la soie bien stérilisées.

Quant à la technique de l'opération, je dois appeler l'attention sur les conditions suivantes qu'il faut toujours observer pour arriver à un résultat favorable :

1) Lorsqu'on a le choix, comme dans notre premier cas, il faut faire l'incision destinée à former la fistule recto-vaginale au-dessus du sphincter à travers ses fibres supérieures.

2) Pour assurer le libre écoulement de l'urine pendant les premiers temps après l'opération, il faut se servir d'un tube de verre garni d'un tube de caoutchouc en croix et l'introduire par l'anus et par la fistule rectale jusque dans le vagin.

3) L'irrigation continue du champ opératoire me semble nuisible, principalement dans les cas où les tissus cicatriciels sont inanimés et anémiques.

CONSIDÉRATIONS SUR LES MOULAGES DE 80 CAVITÉS UTÉRINES NORMALES OU PATHOLOGIQUES (1)

Par M. le Dr P. **Mauclaire,**
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Étant données les interventions si nombreuses que l'on pratique actuellement sur l'utérus, il nous a paru intéressant de faire des moulages, afin de voir si la cavité de cet organe présentait des anomalies de forme. Ce travail, déjà fait par le professeur Guyon, en 1858, méritait d'être repris à nouveau, et encore plus complètement que nous l'avons fait, surtout pour les cas pathologiques.

Nous avons examiné et moulé 36 utérus, sans lésions utérines ou annexielles ; 4 utérus en déviation ; 6 avec salpingo-ovarites ; 5 avec des polypes muqueux ; 9 avec des fibromes interstitiels ; 2 avec un kyste salpingo-ovarien et 18 utérus normaux et dilatés avec des tiges de laminaires. Soit, en tout, 80 moulages. — Ceux-ci ont été faits à la vulgaire cire jaune, qui est préférable au plâtre et à quelques mélanges que nous avions essayés tout d'abord.

Voici quelques détails préliminaires sur ces moulages :

Enfant de 21 mois. — Longueur du moule, 27 millimètres. Cavité du col et du corps normales. Celle du col est aussi longue que celle du corps.

Nullipare, 18 ans. — Moulage ayant une forme bi-conique et de 5 centimètres de longueur.

Vierge, 19 ans. — Longueur totale du moule, 54 millimètres. Cornes utérines symétriques.

Nullipare, 18 ans. — Cavités du col et du corps très peu larges. Les deux cornes utérines s'écartent obliquement et ont une longueur d'un bon centimètre. Elles sont pointues, acérées et symétriques.

(1) Une partie de ce travail a déjà été publiée au *Congrès de gynécologie de Bordeaux*, 1895.

Nullipare, 21 ans. — Moulage bi-conique de 45 millimètres. Cornes peu marquées, arrondies et symétriques.

Multipare, 25 ans. — Moulage bi-conique de 50 millimètres de longueur. Cornes peu marquées, arrondies et symétriques.

Multipare, 25 ans. — Moulage bi-conique de 45 millimètres. Cornes peu marquées, arrondies et symétriques.

Multipare, 25 ans. — Métrite, granulations polypoïdes sur la face antérieure de la cavité du corps. Petit fibrome interstitiel, au

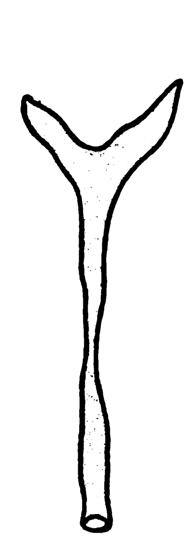


Fig. 1. — Utérus sans lésions. Cornes pointues un peu asymétriques (grandeur naturelle).



Fig. 2. — Utérus sans lésions. Cornes asymétriques en « ailes de papillon » (grandeur naturelle).

niveau de la corne utérine droite. Longueur totale du moule, 60 millimètres. Cavité du corps très grande relativement à celle du col, cornes pointues et symétriques.

Multipare, 25 ans. — Moulage bi-conique à cône supérieur franchement bicorne. Longueur totale du moule, 54 millimètres. Cornes très marquées et ponctuées (fig. 1).

Multipare, 34 ans. — Cavité totale très longue. Isthme et col très longs et hypertrophiés. Longueur totale, 65 millimètres. Les

cornes s'écartent obliquement en lames, simulant des ailes de papillon asymétriques (fig. 2).

Nullipare, 40 ans. — Moulage bi-conique de 58 millimètres de longueur. Cornes peu marquées et symétriques.

Nullipare, 47 ans. — Moulage bi-conique de 52 millimètres. Cornes peu marquées et symétriques.

Nullipare, 50 ans. — Petit fibrome, au niveau de l'insertion des deux cornes utérines. Le moule semble n'avoir qu'une corne, mais celle-ci se détache obliquement et elle est très longue. A droite, la corne est très petite. L'inégalité des deux cornes est très frappante.



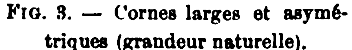


Fig. 3. — Cornes larges et asymétriques (grandeur naturelle).



Fig. 4. —Utérus sans lésions. Cornes asymétriques (grandeur naturelle).

Nullipare, 50 ans. — Moulage bi-conique à cône supérieur bicorne ; longueur totale : 59 millimètres. Cornes très marquées et symétriques.

Nullipare, 57 ans. — L'utérus est plutôt arrondi dans son ensemble. La cavité du col et de l'isthme est très petite et cylindrique. Cornes larges peu symétriques et s'étalant obliquement. Longueur totale de la cavité utérine, 45 millimètres (fig. 3).

Nullipare, 62 ans. — Moule bi-conique de 55 millimètres. Cornes peu marquées et symétriques.

Multipare, 50 ans. — Moule bi-conique. Cornes asymétriques (fig. 4). Cavité du corps très grande relativement à celle du col qui a disparu. Longueur totale du moule, 54 millimètres.

Multipare, 55 ans. — Petit fibrome sous-péritonéal. Cornes en pointes, l'une presque verticale, l'autre oblique. Longueur totale du moule, 78 millimètres.



Fig. 5. — Utérus sans lésions. Cornes asymétriques (grandeur naturelle).



Fig. 6. — Moulage avec cornes utérines dirigées en haut et en arrière en « antennes ». Le croissant supérieur indique cette rétrodéviation des cornes utérines sur une coupe horizontale faite en A B (grandeur naturelle).

Multipare, 55 ans. — Moule bi-conique. Cornes asymétriques, comme forme et comme direction. Longueur totale du moule, 66 millimètres.

Multipare, 60 ans. — Moulage bi-conique. Cornes asymétriques (fig. 5). Longueur totale du moule, 57 millimètres.

Multipare, 68 ans. — Moulage bi-conique. Longueur totale du moule, 50 millimètres. Cornes symétriques.

Multipare, 25 ans. — Moule bi-conique. Longueur totale du moule, 53 millimètres. Cornes symétriques.

14 utérus d'adultes d'âge indéterminé ont donné des moulages bi-coniques avec symétrie des cornes analogues à celles déja signalées. Notons en outre l'existence de cornes utérines déviées en arrière et en haut, ce qui leur donne l'aspect « d'antennes » (fig. 6).

Dans plusieurscas, d'autre part, nous constatons que l'axe de la cavité du corps n'est pas dans le prolongement de celle de l'isthme et de celle du col, il est parfois dévié à droite ou à gauche (fig. 7), ce qui sur le vivant pourrait faire croire à une déviation latérale de l'utérus. D'autre part, des cornes utérines très courbes et pointues forment par leur réunion une sorte de croissant (fig. 8).

Utérus déviés. — Nullipare, 24 ans. — Utérus en antéversion. — Cavité très petite. Longueur totale, 40 millimètres. Isthme très étroit ; aussi le moulage est mal réussi.

Utérus d'adulte d'âge indéterminé et en rétroversion ; même cavité et même moulage.

Nullipare, 20 ans. — Utérus en rétroversion. — Cavité petite. Légère salpingite. Longueur totale du moule, 40 millimètres. Isthme très étroit, aussi le moulage est très fragmenté.

Utérus d'adulte d'âge indéterminé et en rétroversion, même cavité et même moulage.

Utérus avec salpingite et métrite. — Nullipare, 41 ans. — Salpingo-ovarite suppurée double. — Dilatation avec une laminaire. Les trompes ne se sont pas vidées par cette dilatation. Longueur du moulage, 78 millimètres. Forme peu étalée au niveau du corps. Largeur du moulage du col, 1 centimètre ; celle du corps 1cm 1/2 c. fig.) 9.

Multipare, 35 ans. — Salpingite kystique et métrite ; fongueuse étendue. En comprimant la trompe, il a été impossible de la vider par l'utérus. Moule bi-conique, la cavité du col et l'isthme ont la même largeur. Longueur totale du moule, 49 millimètres. Cornes asymétriques, comme forme et comme direction.

Multipare, âge (?). — Salpingite kystique avec métrite ; comme dans le cas précédent, on ne peut par expression vider la trompe. Longueur totale du moule, 50 millimètres. Du côté de la trompe

malade la corne est plus dilatée. Le moule est épais au niveau du corps.

Multipare, âge (?). — Petite salpingite kystique à droite, à gauche trompe sinueuse dans le sens vertical et non dilatée. L'utérus

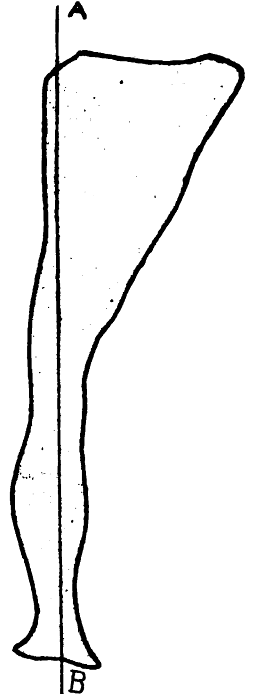


Fig. 7. — Cavité asymétrique du corps par rapport à l'axe de l'isthme et du col. Polype muqueux au niveau de l'embouchure utérine de la trompe gauche (grandeur naturelle).

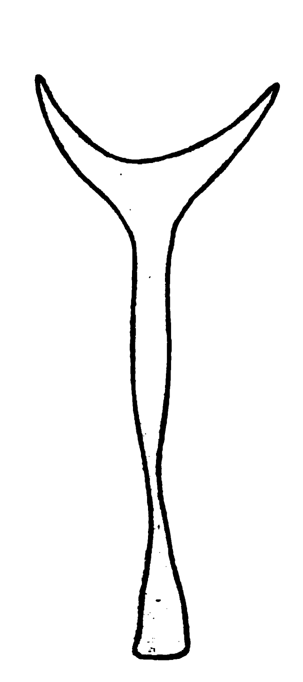


Fig. 8. — Moulages avec cornes utérines très courbes en forme de « croissant » (grandeur naturelle).

est très petit, et ressemble à ce qui a été décrit sous le nom d'utérus infantile. La trompe a aussi l'aspect de ce que Freund a décrit sous le nom de trompes infantiles. Moulage, longueur 42 millimètres, cornes peu développées et non complètement moulées.

Utérus avec polypes muqueux. — Multipare, 45 ans. — Petit polype fibro-muqueux, gros comme un pois et siégeant sur la face antérieure de l'utérus. Le moulage présente une longueur totale de 60 millimètres. L'allongement est formé aux dépens de l'isthme et de la cavité du corps. Les deux cornes utérines sont très profondes, pointues et symétriques (fig. 10).

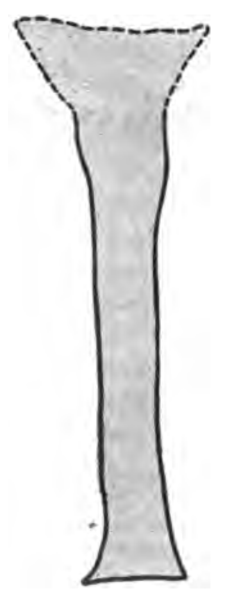


FIG. 9. — Nullipare. Salpingo-ovarite suppurée. Dilatation avec une laminaire. — Les traits pointillés représentent la partie du moulage qui manque (grandeur naturelle).

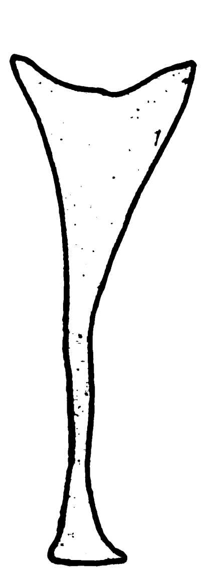


FIG. 10. — Moulage d'utérus avec polype muqueux. Cornes légèrement asymétriques (grandeur naturelle).

Multipare, 58 ans. — Petit polype muqueux, situé juste au niveau de l'embouchure de la corne utérine gauche. C'est un polype plat en forme de langue de chat. La longueur totale de la cavité est de 78 millimètres, sur la ligne médiane, et de 84 millimètres, si l'on tient compte des cornes utérines qui remontent très au-dessus du fond de l'utérus. Celles-ci sont symétriques (fig. 11).

Multipare, 68 ans. — Polype muqueux, gros comme une petite

noix, dans la cavité du corps. Longueur totale : 83 millimètres. Les cornes sont symétriques.

Nullipare, 74 ans. — (Cancer du rectum. Mort par généralisation.) — Utérus gros. L'injection de cire n'a pas pénétré. Ouverture de l'utérus. On trouve un petit polype muqueux oblitérant la



Fig. 11. — Moulage d'un utérus avec polype muqueux au niveau de la corne utérine gauche (grandeur naturelle).

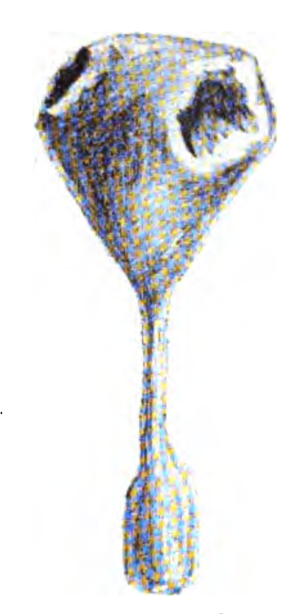


Fig. 12. — Moulage d'un utérus dont la cavité du corps présentait un polype muqueux à l'embouchure des deux trompes, 68 ans (grandeur naturelle).

cavité du col et, dans la cavité du corps, *une masse polypeuse* ayant la forme de cette cavité. Longueur totale de ce moulage naturel : 32 millimètres. Épaisseur : 15 millimètres. Hauteur : 33 millimètres. Cornes arrondies en lames, plates et symétriques.

Structure de ce polype : tissu conjonctif très lâche, recouvert d'épithélium cilié.

. Multipare, âge (?). — Polype muqueux à l'embouchure de la trompe gauche et un autre du côté opposé. Longueur totale du moule, 75 millimètres (fig. 12), corne irrégulière à cause de polypes.

Utérus fibromateux. — Multipare, 35 ans. — Petit fibrome interstitiel. Moule de 60 millimètres de longueur. Col très large, puis conduit cylindrique, puis cavité du corps aplatie. Sur ce moulage, on voit la paroi supérieure déprimée par la saillie de la paroi correspondante de l'utérus. La corne du côté droit était très profonde et l'injection n'a pas pu pénétrer jusqu'à l'extrémité. Les deux cornes utérines étaient de longueur inégale et asymétriques comme forme.

Multipare, 35 ans. — Petit fibrome interstitiel, gros comme une noix, déviant l'axe de la cavité utérine à droite. Longueur, 64 millimètres. La corne droite forme une poche très profonde dans laquelle l'injection n'a pas pu pénétrer.

A gauche, la corne utérine est aplatie. Asymétrie des cornes très marquée comme forme, comme capacité et comme direction.

Nullipare, 45 ans. — Fibrome interstitiel. Cavité restée petite. Longueur, 5 centimètres. Moule très peu épais. Cornes symétriques.

Nullipare (?), 73 ans. — Fibrome développé surtout aux dépens de la moitié postérieure de l'utérus. Longueur du moulage : 88 millimètres. Cavité du col large de 2 centimètres. Celle du corps, 24 millimètres. Épaisseur maxima du moule, 15 millimètres. Au niveau de l'isthme, petit conduit cylindrique de 1 centimètre de longueur et 3 millimètres d'épaisseur. Cornes symétriques.

Multipare, 55 ans. — Fibrome interstitiel ayant dévié la cavité utérine à gauche et faisant presque disparaître la corne utérine droite. Longueur totale du moulage : 49 millimètres. Corne utérine gauche s'écartant obliquement et longue de 1 centimètre. L'asymétrie des cornes est très frappante.

Utérus, fibrome déviant la cavité; âge (?).— Le fibrome interstitiel siège sur la face postérieure de l'organe. La cavité a une forme incurvée à concavité postérieure. Le moule donne une idée exacte de la déformation (fig. 13 et 14). Longueur totale, 88 millimètres; cavité de l'utérus très petite. Déformation des cornes utérines et compression de leur embouchure.

Utérus ; fibromes insterstitiels multiples. · Longueur totale,

80 millimètres. Augmentation du volume de la cavité du corps et du col. Isthme resté étroit.

Deux cas d'utérus avec fibromes sous-péritonéaux. Moulages de la cavité normaux.

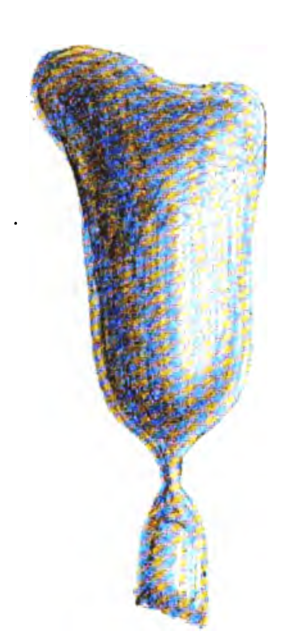


Fig. 13. — Moulage vu de face par sa convexité. Diminution de volume et compression de la corne utérine gauche et de l'embouchure de la trompe du côté correspondant (grandeur naturelle).



Fig. 14. — Même moulage vu de profil et placé sur un plan horizontal. Le bord gauche du moulage descend plus bas que le bord droit (grandeur naturelle).

Utérus dilatés artificiellement. — Nullipare, 45 ans. — Kyste salpingo-ovarien gros comme une tête de fœtus. L'utérus est petit, infantile. Dilatation avec une tige de laminaire. La cavité est restée cylindrique, même au niveau du corps. Longueur, 59 millimètres. Forme nettement cylindrique et d'un diamètre de 1 centimètre. Cornes symétriques, non dilatées par la tige de laminaire.

Nullipare, âge (?). — Petit kyste salpingo-ovarien. Utérus petit également infantile avec légère antéversion. Dilatation avec tige laminaire. Moulage cylindrique.

Nullipare, 27 ans. — Utérus gros. Dilatation avec une laminaire. Longueur du moulage : 64 millimètres. Forme cylindrique dans les quatre cinquièmes inférieurs et aplatie dans le cinquième supérieur. Au niveau de l'extrémité supérieure, la largeur du moule est de 40 millimètres. Cornes symétriques en ailes de papillon non dilatées par la tige de laminaire (fig. 15 et fig. 16).

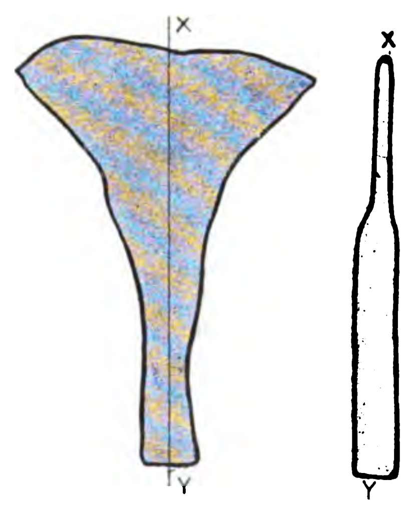


FIG. 15. FIG. 16.

FIG. 15 et 16. — Utérus (27 ans) avec métrite. Dilatation au laminaire. La cavité du col et celle de l'isthme sont spacieuses. Celle du corps est étalée et très plate, comme le montre la coupe (fig. 15) faite suivant la ligne XY ; les cornes ont une forme arrondie en « ailes de papillon » (grandeur naturelle).



FIG. 17. — Profil d'un moulage d'utérus dilaté. La tige de laminaire n'a pas dilaté les cornes utérines. Légère antéversion (grandeur naturelle).

Nullipare, 44 ans. — Dilatation avec une laminaire. Longueur, 60 millimètres. Plus d'isthme. Col et isthme nettement cylindriques. Cavité du corps aplatie. Cornes non dilatées par la tige de laminaire (fig. 17).

Multipare, 55 ans. — Dilatation avec une laminaire. Moule cylindrique. Longueur, 53 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

Nullipare, 55 ans. — Dilatation. Moulage cylindrique. Longueur, 54 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

Multipare, 55 ans. — Dilatation. Moulage cylindrique. Longueur 51 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

Nullipare, 55 ans. — Polype muqueux, au niveau de l'embouchure de la trompe utérine gauche. Moulage cylindrique. Longueur, 58 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

Multipare, 55 ans. — Dilatation. Moulage un peu aplati. Longueur 46 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

Multipare, 55 ans. — Dilatation. Moulage cylindrique. Longueur 60 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

Multipare (?), 88 ans. — Dilatation avec une laminaire. Longueur, 75 millimètres. Plus d'isthme. Longueur au niveau du col, 1 centimètre. Au niveau du corps, 18 millimètres. Épaisseur, 8 millimètres. Cornes non dilatées par la tige de laminaire.

9 utérus d'adultes dont l'âge n'a pu être déterminé ont donné sur la dilatation des moulages analogues, c'est-à-dire cylindriques.

Toutes ces injections ont été faites sur des utérus conservés dans du chloral, de manière à ne pas modifier la forme de l'organe. Elles ont été pratiquées à l'aide d'une pression lente et continue pour ne pas déprimer inégalement les parois utérines ni les cornes utérines, fait auquel on pourrait attribuer l'asymétrie que nous avons observée dans la forme des cornes utérines. Nous avions toujours soin de passer une sonde cannelée dans la cavité utérine, ainsi qu'un peu d'eau chaude qui était ensuite exprimée complètement. L'utérus était ensuite suspendu par son col pour éviter toute compression et par suite toute déformation du moule.

Nous avons toujours contrôlé la forme du moulage et celle de l'utérus pour éviter, autant que possible, des erreurs de technique; un point qui nous a beaucoup frappé, c'est la grande variabilité que présente l'épaisseur des parois utérines

suivant les sujets, même quand il n'y a pas de métrite. Enfin, nous ferons remarquer qu'avec d'autres auteurs, nous avons pu constater que l'utérus, chez le cadavre, est bien moins souple que l'utérus chez le vivant; les résultats de nos dilatations avec les tiges de laminaire en sont la preuve. Enfin, les moulages faits pendant l'été sont beaucoup mieux réussis que ceux faits pendant l'hiver.

Des pièces justificatives qui précèdent, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Au point de vue anatomique, la forme de la cavité utérine nous paraît présenter d'assez nombreuses variations, surtout au niveau des cornes utérines. Tantôt celles-ci se détachent horizontalement, c'est-à-dire à angle droit, mais jamais à angle aigu; tantôt à angle obtus, c'est-à-dire obliquement en haut et en dehors, sur une hauteur d'un bon centimètre. Ces cornes sont tantôt en pointes acérées, tantôt en lames ou en ailes de papillon. Les deux cornes ne sont pas toujours symétriques comme forme et comme direction; ainsi l'une peut s'écarter verticalement et l'autre obliquement. Depuis les cornes pointues jusqu'aux cornes larges et étalées, on trouve tous les intermédiaires. De même, depuis les cornes à direction horizontales jusqu'à celles presque verticales, on note tous les intermédiaires. De plus, ces cornes peuvent se dévier soit en avant, soit en arrière par rapport à l'axe longitudinal de la cavité. Elles forment comme des « antennes ». L'axe de la cavité du corps n'est pas toujours dans le prolongement de celle de l'isthme et de celle du col, il est parfois dévié ou à droite ou à gauche, ce qui pourrait faire croire sur le vivant à une déviation latérale de l'utérus, — quand les deux cornes utérines sont très courbées et très pointues, elles forment un véritable croissant.

Jamais, par l'utérus, je n'ai pu injecter les trompes en me servant de la cire, résultat que quelques auteurs disent cependant avoir obtenu; peut-être ont-ils simplement injecté une de ces cornes utérines très pointues et prolon-

gées, comme nous en avons donné quelques exemples, ou bien sont-ils tombés sur des cas de dilatation légère de l'embouchure utérine des trompes. Sur 22 utérus, au delà de 50 ans, je n'ai pas trouvé d'oblitération de l'orifice interne. L'orifice externe du col était oblitéré dans un cas, mais il fut facile de le rétablir.

Au point de vue pathologique, plusieurs faits intéressants sont à noter. Dans un cas d'hypertrophie du col et de l'isthme, hypertrophie de Huguier, la longueur totale de la cavité était de 78 millimètres. Dans le cas de déviations utérines, la cavité de la matrice est très petite dans toutes ses dimensions, l'isthme est très étroit et très difficile à franchir par les injections. Dans un cas de salpingo-ovarite suppurée, la dilatation avec la laminaire n'a pas fait évacuer l'épanchement de la trompe ; la longueur totale de la cavité était, dans ce cas, de 78 millimètres. Dans trois cas de salpingite kystique la déformation de la cavité utérine était peu marquée.

Dans cinq cas de polypes muqueux, il est à noter que ces polypes s'inséraient au niveau de l'embouchure des trompes dans l'utérus. La cavité de celui-ci était plus grande qu'à l'état normal. Dans un cas, le polype avait exactement la forme de la cavité du corps.

L'augmentation de la cavité utérine est assez marquée dans le cas de métrite, comme le démontrent les moules qui sont plus épais.

Dans neuf cas de fibromes interstitiels, la longueur de la cavité utérine est très grande. De plus, elle est parfois déviée totalement à droite ou à gauche, une des cornes peut se placer dans la direction de la cavité, l'autre corne utérine étant oblitérée ; tantôt une des cornes est très dilatée et forme comme une troisième cavité superposée à celle du col et à celle du corps.

Dans deux cas de kyste salpingo-ovarien, l'utérus était petit, infantile.

Dans dix-huit cas d'utérus dilatés avec la laminaire, on

donne au col et à l'isthme une forme cylindrique, et le moule total a souvent cette même forme cylindrique. Malgré cette dilatation, les cornes utérines ne se dilatent pas en proportion, elles restent, par conséquent, peu accessibles aux instruments employés pendant le curettage, sauf les instruments assez pointus; mais ceux-ci sont dangereux en ce point, puisque la majorité des perforations utérines, aux cours du curettage, se produisent au niveau du fond de l'utérus (voir thèse *Colle*, Lille, 1892). En effet, il est facile de constater qu'au niveau des cornes utérines, l'épaisseur de l'utérus est très faible et, dans le cas de métrite fongueuse, la friabilité de l'utérus est augmentée; c'est donc en ce point que les perforations peuvent se produire le plus facilement.

La difficulté de nettoyer les cornes utérines, surtout dans les cas où elles se détachent obliquement en dehors sous forme de pointes acérées, explique la grande fréquence des récidives de la métrite après les curettages, quand il n'y a pas de salpingite concomitante.

Enfin, cette direction tantôt horizontale, tantôt oblique ascendante des cornes utérines, nous explique les difficultés que l'on a rencontrées dans le cathétérisme des trompes et dans les essais d'endoscopie utérine; l'embouchure des trompes vient se faire soit à angle droit dans les cas de cornes utérines très pointues, soit à angle arrondi dans les cas de cornes plates et courtes en ailes de papillon; celles-ci seraient plus faciles à cathétériser. Enfin, l'existence de fibromes interstitiels au niveau des cornes utérines et l'abouchement variable des trompes, soit à angle arrondi, soit à angle aigu, joue certainement un rôle sur la rétention des liquides dans les conduits tubaires et, partant, favorise l'infection de ceux-ci de même que la rétention d'urine favorise l'infection urinaire.

REVUE CLINIQUE

UN CAS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE INTRA-PARIÉTALE

Par **Rosenthal** (1).

Le 8 janvier 1896, le Dr Rosenthal a été appelé auprès d'une malade de 28 ans, se plaignant de douleurs constantes dans le bas-ventre. Réglée pour la première fois à 16 ans, huit jours après le mariage, jusqu'à 22 ans les règles revenaient irrégulièrement tous les trois ou quatre mois, mais depuis six ans elle les voit tous les 28 jours, d'une durée de quatre à cinq jours et assez abondantes. Pendant huit ans n'avait pas d'enfants (avec son premier mari). Depuis son deuxième mariage, il y a quatre ans, elle a eu 2 enfants à terme, le dernier il y a seize mois. Il y a quinze semaines a eu ses dernières règles, assez abondantes, qui ont duré comme d'habitude quatre à cinq jours.

Il y a quinze semaines, c'est-à-dire les 6 à 7 semaines de grossesse, à table pendant le déjeuner la malade s'est sentie tout d'un coup mal, est tombée sans connaissance avec tous les signes d'un collapsus : absence de pouls, vomissements, etc.

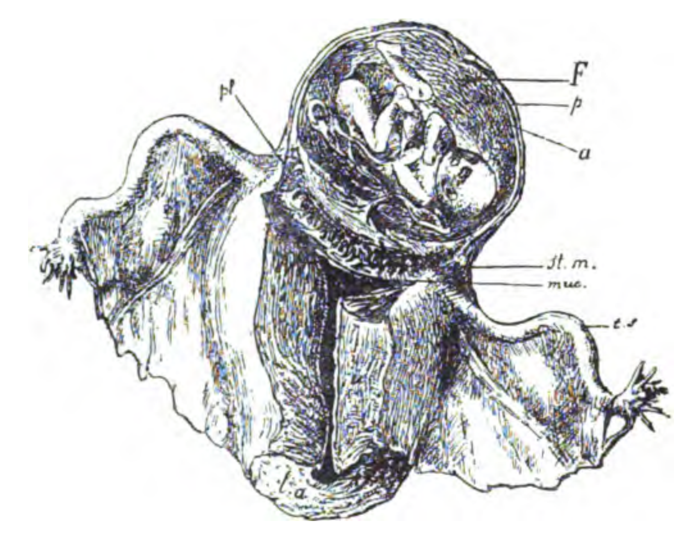
A l'aide des moyens existants, la malade est revenue à elle-même, les signes de collapsus ont disparu, il n'est resté qu'une douleur dans le ventre, qui était très sensible. Trois jours se passèrent, la malade a quitté le lit, a commencé à marcher, continuant à souffrir du ventre, qui augmentait de volume. Il y a huit jours les douleurs sont devenues très vives, presque constantes, la privaient du sommeil.

Dans le côté gauche du ventre, tumeur commençant à la région inguinale et remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est sentie également dans le cul-de-sac gauche, sensible au toucher;

(1) Observation traduite du russe par Mme Rechtsamer, Dr en médecine. *Journal d'accouchement et de gynécologie;* Saint-Pétersbourg, septembre 1896, p. 962.

la consistance n'a pas pu être déterminée par suite de l'épaisseur du tégument de l'abdomen. Matité. Aucun bruit.

EXAMEN SOUS CHLOROFORME. — Coloration de la muqueuse de la vulve et du vagin normale. Le doigt pénètre jusqu'à l'orifice interne. L'utérus augmenté un peu de volume, en antéversion, longueur de la cavité 7 cent. et demi. Rien dans les culs-de-sac postérieur et droit; dans le cul-de-sac gauche on sent une partie de la tumeur. Elle est mobile en haut et à droite, déplace l'utérus



l.a. Surface de section de l'utérus pendant l'hystérectomie. – *u.* Paroi antérieure de l'utérus fendu. —*t.s.* Trompe gauche. — *F.* sac fœtal. —*p.* Péritoine. — *a.* Amnios. —*pl.* Placenta. — *muc.* Muqueuse utérine. —*st. m.* Couche musculaire intermédiaire au placenta et à la muqueuse du fond de l'utérus.

à droite; il est difficile de la séparer de ce dernier, on dirait qu'elle est unie à lui par un pédicule large, plat. Les mouvements communiqués à la tumeur se transmettent un peu à l'utérus. La tumeur est assez dure, pas de fluctuation.

Diagnostic. — Grossesse extra-utérine; d'après la situation de la tumeur, l'auteur a exclu la grossesse tubaire, il croyait à une grossesse abdominale par rupture d'une grossesse tubaire, survenue la sixième semaine de la grossesse.

A l'ouverture de l'abdomen, tumeur, recouverte dans sa partie supérieure par l'épiploon, grosse comme une tête d'un homme adulte, est constituée de deux parties : partie inféro-utérine épaissie ; partie supéro-fœtale, située sur la paroi supéro-latérale gauche de l'utérus. Sous la poche, la trompe et l'ovaire normaux. Du côté droit, les annexes sont situées plus haut. Cette poche avait pour tégument le péritoine distendu qui recouvrait l'utérus.

La tumeur avec l'utérus ont été enlevés.

Cinq jours après l'opération la malade a commencé à avoir des écoulements ressemblant à des lochies qui ont duré deux jours ; le 21 mars la malade a quitté l'hôpital.

La poche fœtale a été ouverte, un liquide amniotique clair s'en est écoulé, un fœtus de 4 mois et demi s'y trouvait, vivant, qui après avoir fait plusieurs mouvements respiratoires, est mort. Le placenta est fixé au fond du sac, adhère à l'utérus et ferme l'orifice utérin de la trompe gauche. Entre la muqueuse du fond de l'utérus et le placenta se trouve une couche musculaire n'ayant pas plus de 3 millim. d'épaisseur. La paroi du sac fœtal (poche fœtale) est formée de l'amnios et du péritoine très distendu du fond de l'utérus. Entre ces deux membranes on ne trouve aucun élément musculaire. En incisant la paroi antérieure de l'utérus, on trouve sa muqueuse épaissie ; le fond utérin — la muqueuse et le placenta et entre eux la couche musculaire sus-mentionnée de 3 millim. d'épaisseur.

Entre la cavité utérine et celle de la poche fœtale aucun orifice de communication.

L'auteur croit que l'œuf fécondé a été retenu dans la partie de la trompe qui traverse la couche musculaire utérine et en se développant a rompu la paroi supérieure de la trompe (collapsus la septième semaine de grossesse), est sorti dans le parenchyme utérin et en distendant peu à peu la couche musculaire a provoqué l'atrophie des muscles du fond de l'utérus. Il considère cette grossesse comme une véritable grossesse intra-pariétale

---

REVUE GÉNÉRALE

I. GREFFES OVARIQUES, USAGES THÉRAPEUTIQUES DU TISSU ET DU SUC OVARIQUE (OPOTHÉRAPIE) ; II. COMMENT LA CASTRATION GUÉRIT L'OSTÉOMALACIE, D'APRÈS E. CURATULO, DE ROME (1)

Par le Dr **R. Labusquière.**

I. — Greffes ovariques.

Des greffes ou plutôt des transplantations d'ovaires ont été faites par Knauer, assistant à la *Frauenklinik* de Vienne, sur les conseils de Chrobak. Dans un article de ce dernier, paru dans le même numéro du *Centralblatt* que celui où sont relatées ces expériences (2), Chrobak écrit : « *Les souffrances multiples dont gémissent un grand nombre de femmes auxquelles on a enlevé les ovaires, m'ont, de tout temps, ôté toute la joie de nos résultats opératoires. Et je n'ai eu que trop souvent à reconnaître, en mettant de côté tout parti pris, que, même après les opérations les mieux réussies, l'état subjectif des femmes ne s'était pas amélioré, bien plus, que fréquemment, il était devenu pire qu'avant l'intervention.* » Un peu plus loin, l'auteur ajoute : « *Pour ces raisons, depuis plusieurs années, en particulier dans les myomotomies, j'ai conservé à la femme un ovaire ou les deux. Jamais je n'ai constaté de conséquence fâcheuse de cette pratique. Je suis même autorisé à penser que le plus grand nombre des femmes ainsi opérées sont moins tourmentées que les autres de ces accidents liés à la ménopause prématurée* (vertiges, céphalée, sensations brusques de chaud ou de froid, sudations subites, palpitations, et autres accidents nerveux).

(1) *Annali di Ost. e Ginec.*, octobre 1896, p. 789.
(2) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 20, p. 521.

Toutefois, je n'ai pas de documents statistiques à produire à l'appui de cette opinion. »

Chrobak ne se borna pas à cela pour essayer de prévenir les accidents si pénibles et d'occurrence si fréquente surtout à la suite de la castration ovarienne bilatérale. Il songea aussi à administrer aux opérées de la substance ovarique, tentatives dont nous reparlerons un peu plus loin, et, d'autre part, il conçut qu'on réussirait peut-être à transplanter du tissu ovarique frais, en un autre point du corps que celui du siège normal de l'ovaire. Mais, cette deuxième vue thérapeutique, avant de trouver son application en clinique, exigeait des expériences préliminaires sur l'animal. Il les confia à son assistant Knauer.

Entreprises en février 1895, elles durent être renouvelées en juillet 1895 et portèrent sur quatre lapines. Elles furent, écrit l'auteur, entourées de l'asepsie la plus rigoureuse et consistèrent dans l'extirpation des ovaires et dans leur transplantation en une autre région. Les 4 lapines supportèrent très bien l'acte opératoire et survécurent toutes à l'opération. Les ovaires furent transplantés soit dans le feuillet péritonéal, tantôt au niveau de la corne utérine droite, tantôt au niveau de la corne utérine gauche, soit dans l'épaisseur de la paroi abdominale, entre les fascias et les muscles, à droite de la ligne d'incision. L'auteur fait remarquer qu'il est bon de ne pas intéresser le tissu ovarique avec les fils, point capital d'après lui dans l'expérience, et dont l'inobservation lui paraît avoir été la cause des échecs qui ont suivi des tentatives antérieures analogues dont il a entendu parler.

Les expériences furent faites en juillet 1895. Des 4 lapines, 3 moururent dans la suite d'affections intercurrentes, la quatrième vivait encore au moment de la publication de cet article (mai 1896). Des trois mortes, celle qui mourut la dernière mourut le 20 juin 1896, soit six mois après l'opération. Sur cette lapine, un des ovaires avait été transplanté dans le ligament large correspondant à la corne gauche, l'autre dans la paroi abdominale.

A *l'autopsie*, on trouva : 1° dans l'épaisseur de la paroi abdominale, un corps plus gros qu'un grain de chènevis tranchant sur les tissus avoisinants par sa couleur jaune; 2° à gauche de l'utérus, au contact immédiat de la corne utérine, un corps de la grosseur à peu près d'une lentille, et qui déjà, à l'examen macroscopique seul, du fait de la présence de deux follicules de Graaf, se révélait comme représentant le reste de l'ovaire transplanté.

De *l'examen microscopique* de ces deux corps, examen qui démontra qu'il s'agissait bien des restes des ovaires transplantés, aussi bien que des observations similaires faites sur les deux autres lapines, Knauer tire les conclusions suivantes :

1° On peut, chez la lapine, transplanter les ovaires en des régions éloignées du siège normal de ces organes.

2° On peut les greffer aussi bien sur le péritoine qu'entre les éléments musculaires.

3° Et non seulement la nutrition des ovaires ainsi transplantés se fait, mais ils fonctionnent, c'est-à-dire que l'ovulation s'y accomplit, que des œufs s'y forment, qu'ils y arrivent à maturation, que peut-être même, le cas échéant, le processus pourrait aller jusqu'à la ponte ovulaire.

L'auteur se réserve de revenir, après une observation plus prolongée, sur les résultats définitifs de la transplantation ovarique, sur les résultats de la transplantation faite avec des ovaires provenant d'autres sujets, enfin sur des tentatives de fécondation (1).

D'ailleurs, nous n'avons pas connaissance que des transplantations de ce genre, et dans le but thérapeutique entrevu par Chrobak, aient été encore faites sur la femme.

*
* *

USAGES THÉRAPEUTIQUES DU TISSU OU DES SUBSTANCES EXTRAITES DE L'OVAIRE (opothérapie ou histothérapie

---

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 20, p. 528.

ovariennes). — Ainsi que nous l'avons noté plus haut, Chroback (1) songea à administrer de la substance ovarique contre les accidents multiples observés si communément surtout à la suite de la ménopause artificielle. Il savait du reste que semblables tentatives avaient été faites par Mainzer (2). La première fois que Chrobak ordonna de la substance ovarique, ce fut en 1895, à une femme de 47 ans, qui, en 1889, avait subi la castration ovarique et qui, depuis cette époque, était sujette aux accidents multiples de la ménopause prématurée. La malade prit du tissu d'ovaire de génisse, dégraissé, haché menu, à la dose quotidienne de 1 gr. 5 à 2 gr. La médication fut bien tolérée, mais le résultat ne fut pas concluant. Chrobak pensa que les résultats seraient peut-être plus nets si l'on administrait des ovaires de vache en pleine activité sexuelle. La substance ovarique choisie et préparée avec beaucoup de soins fut administrée sous forme de pastilles, contenant 0,20 centigr. de tissu ovarique, à la dose de 2 à 4 par jour (0,40 à 8,80 centigr.). Six fois, il s'agissait de femmes auxquelles on avait enlevé les ovaires, une fois d'une femme qui, avec des organes génitaux normaux, souffrait d'accidents de molimen climatérique (klimaterische Molimina). Des 6 femmes castrées, trois n'étaient pas en traitement depuis assez longtemps pour qu'on pût consigner des résultats appréciables. *Les trois autres affirmèrent que, déjà après avoir pris douze pastilles, les crises douloureuses étaient réduites de moitié.* Également, la femme qui, avec un appareil génital intact, souffrait d'accidents analogues à ceux de la ménopause, se déclara très soulagée de l'usage du médicament. Toutefois, Chrobak présente avec beaucoup de réserves ces résultats qu'il n'a pu soumettre à un contrôle assez rigoureux.

Mainzer (de Berlin) avait également employé, sous forme

---

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 20, p, 521.

(2) *Deutsch. med. Wochensch.*, 1896, n° 12, et *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 82, p. 844.

de tablettes, de la substance fraîche d'ovaires de génisse et de vache, chez une jeune femme de 23 ans qui, à la suite de la castration bilatérale pratiquée pour des affections annexielles graves, était sujette à des crises très pénibles (vertiges, congestions subites, bouffées de chaleur, transpirations, etc.). Ce traitement fut suivi d'une amélioration très notable. Mond (1) relate des essais thérapeutiques faits à l'*Universitats-Frauenklinik* de Kiel, avec des préparations d'ovaire : 1° substance de tout l'ovaire, 2° substance corticale, 3° précipité du contenu des follicules, et dans les cas suivants : *a*) extirpation totale ou partielle des organes génitaux internes, *b*) ménopause naturelle, *c*) aménorrhée sous la dépendance de l'atrophie des organes génitaux, *d*) un cas d'utérus rudimentaire avec hyperplasie des ovaires. En ce qui concerne les résultats, l'auteur se défend de formuler des conclusions formelles. Il croit pourtant que l'examen de l'ensemble des faits encourage plutôt à poursuivre dans cette voie. En France, où est née la méthode, tout au moins scientifique, de l'organothérapie, nous avons à signaler les mémoires du Dr Jayle, l'un présenté à l'Académie de médecine (27 février 1896), l'autre publié dans la *Presse médicale* (2) et la thèse sur le même sujet de son élève, le Dr Lissac. Le mémoire paru dans la *Presse médicale* a pour titre : *Opothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme.* Dans ce travail, l'auteur résume 7 observations dont l'analyse le conduit à formuler ces propositions : 1° l'opothérapie ovarienne, chez les femmes castrées, a pour effet de faire disparaître, transitoirement ou définitivement, quelques-uns des phénomènes provoqués par la castration, et, en particulier, les bouffées de chaleur. 2° L'opothérapie ovarienne est à essayer dans nombre de cas d'aménorrhée et de dysménorrhée dues

(1) *Munchener med. Wochensch.*, 1896, n° 14 et *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 28, p. 752.

(2) *Presse médicale*, mai 1896, p. 221.

à des lésions de l'ovaire, et contre lesquels la castration est souvent pratiquée. 3° Il y a lieu de se demander s'il ne serait pas utile de respecter l'ovaire, en totalité ou en partie, toutes les fois que ce serait matériellement possible, au cours des opérations pratiquées sur l'appareil utéro-ovarien.

Le Dr Touvenaint sous le titre *organothérapie par l'ovaire* a fait sur le même sujet une communication à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, dans la séance d'octobre 1896. Des quinze observations personnelles résumées dans ce travail, l'auteur tire les conclusions suivantes : 1° la médication ovarienne peut être prescrite sans dangers et même continuée longtemps pourvu qu'on en surveille les effets ; 2° la dose moyenne de poudre desséchée d'ovaire ne doit pas dépasser 0,24 à 0,40 centigrammes en moyenne par jour ; 3° le traitement doit être continué pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois ; 4° cette médication semble être particulièrement indiquée dans l'aménorrhée et la chloro-anémie où elle fournit d'excellents résultats ; 5° elle est fort utile pour tous les cas de ménopause artificielle due à l'ablation des organes génitaux ; 6° elle peut aussi être essayée avec avantage contre les accidents dus à la ménopause artificielle (1).

A la même société, le Dr Jouin, dans un mémoire sur l'*histothérapie appliquée aux maladies et aux troubles fonctionnels du système génital féminin, et particulièrement de la médication par le tissu ovarien* (2), signale les bons effets de l'administration de l'extrait ovarien non seulement dans les cas de maladie de Basedow, affection dont il a, dans deux mémoires antérieurs, essayé d'établir le rapport de dépendance avec les affections des organes génitaux, mais aussi contre les désordres nerveux si fréquents chez les femmes atteintes de maladies de matrice avec disparition ou diminution des menstrues. Au cours de ce mémoire, il

(1) *Bulletins de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1896, n° 10, p. 195.
(2) *Bullet. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1896, n° 11, p. 228.

cite l'observation d'une femme chez laquelle son mari, médecin, n'hésita pas à combattre par le suc ovarien des accidents nerveux graves survenus à la suite d'une castration double pour kystes de l'ovaire, et cela avec succès. Il insiste tout particulièrement sur la relation étroite qui existe entre la pathologie du corps thyroïde et celle des organes génitaux internes ; et, d'après lui, il semble qu'il existerait comme une sorte de balancement physiologique entre la sécrétion thyroïdienne et la sécrétion ovarique, « le corps thyroïde présente une sécrétion exagérée, l'ovaire fonctionnant d'ailleurs normalement, la femme devient malade, mais moins que si le travail de l'ovaire était encore diminué. Exagérant l'imprégnation ovarienne en lui donnant du suc de l'organe, elle retrouva son équilibre, etc.

« Ou bien encore, le corps thyroïde fonctionne d'une façon normale, mais l'ovaire présente une activité exagérée, l'équilibre est rompu. Instituons la médication thyroïdienne et les phénomènes pathologiques seront supprimés.

« Au premier groupe caractérisé physiologiquement par l'hyperfonction de la thyroïde ou l'hypofonction de l'ovaire, nous devons rapporter les désordres nerveux que nous avons considérés comme des faits de mal de Basedow frustes (excitation générale, agitation, insomnie, battements de cœur). Dans ce groupe surtout rentrent les cas de goitre exophtalmique développés sous l'influence d'une maladie ovarienne, les troubles de la ménopause artificielle et même naturelle. Ils sont justifiables, au premier chef, de la médication par l'extrait d'ovaire, qui présente alors la valeur d'une véritable médication spécifique. »

Contre les accidents qui correspondent au second groupe, éréthisme de l'appareil utéro-ovarien, douleurs locales, névralgies, congestions, surtout hémorrhagies, c'est la médication thyroïdienne qui convient.

Toutefois, l'auteur appelle l'attention sur ce que cette distinction a de trop schématique, indique les difficultés souvent grandes auxquelles on se heurte quand il s'agit de

passer de la conception pathologique à l'application pratique, et recommande de diriger avec beaucoup de circonspection cette thérapeutique, en s'appuyant de l'exemple d'un fait fâcheux où un confrère, pour avoir exagéré la médication thyroïdienne contre des accidents de ménorrhagie liés à un fibrome, causa, très vraisemblablement, par la suppression rapide de l'hémorrhagie, une hématocèle rétro-utérine grave.

Stehman, à la Société gynécologique de Chicago, a fait une communication sur le *traitement thyroïdien et ovarique* en gynécologie. Sa communication contient la relation résumée de six cas, trois se rapportant à chacune des deux médications. Comme Jouin, il souligne la solidarité qui paraît exister entre le corps thyroïde et les organes internes de la génération. En ce qui concerne les effets thérapeutiques, il croit que la substance thyroïdienne : a) réduit l'apport sanguin aux organes pelviens ; *b*) et que son administration prolongée produit des modifications nutritives capables non seulement de supprimer des conditions pathologiques vraies, mais de corriger même des menstruations profuses invétérées. En ce qui concerne l'usage thérapeutique de la substance ovarique, il pense qu'elle est surtout indiquée dans les cas d'aménorrhée, aménorrhée qui serait elle-même sous la dépendance d'une activité, d'une sécrétion interne insuffisante de l'ovaire ; « il semble qu'en *augmentant la quantité, peut-être en améliorant la qualité de la sécrétion ovarique par l'administration interne de son produit tel qu'il existe dans le tissu de l'organe, on fournit à l'organisme le complément de ce qui est nécessaire dans les échanges organiques pour assurer une menstruation normale* ». Le tissu ovarique serait également indiqué dans les cas de neurasthénie, compliquée de nutrition défectueuse et de troubles des fonctions pelviennes. Dans ces conditions, il améliorerait non seulement la nutrition de l'ovaire, mais la nutrition générale elle-même et ce retour vers l'état normal permettrait l'accomplissement des processus physiolo-

logiques. Relativement à l'efficacité des préparations ovariques contre les accidents qui compliquent souvent la ménopause naturelle ou chirurgicale, l'auteur n'a pas une expérience personnelle suffisante pour formuler une appréciation justifiée. Enfin, à cause des grandes réserves faites sur ces essais et ces résultats thérapeutiques, surtout par Will au cours de la discussion que ce travail suscita, l'auteur souligne à nouveau l'importance des diverses activités glandulaires sur la nutrition générale en rappelant les conséquences graves, mortelles même, de l'extirpation de certaines glandes (pancréas, corps thyroïde, capsules surrénales, etc.).

Jacobs (de Bruxelles) a également essayé contre des manifestations morbides multiples, d'origine génitale : 1° troubles de la ménopause naturelle et opératoire; 2° chloro-anémie; 3° troubles nerveux divers en rapport avec des désordres de la menstruation, les préparations ovariques sous forme de vin oophoriné, à la dose de 20 grammes par jour (soit 0,20 centigrammes d'extrait d'ovaire par jour), préparation qui donnerait en général des résultats dès le deuxième ou troisième jour. Il a consigné ses 51 observations dans un article dont les conclusions sont les suivantes :

« 1° Les symptômes pénibles de la ménopause naturelle, les troubles climatériques, ont disparu ou se sont considérablement amendés par l'ingestion de l'extrait d'ovaire, sans aucune autre médication; 2° Les mêmes résultats ont été observés dans les troubles climatériques qui apparaissent après les opérations chirurgicales dont la résultante est la suppression du flux menstruel. Dans les deux catégories de malades, nous avons noté une amélioration notable d'un symptôme que l'on observe souvent: la vessie irritable, symptôme qui a fait l'objet d'un de nos entretiens cliniques précédents. Ce résultat favorable a été noté également par Muret. Il l'explique par l'hypothèse que l'envie d'uriner serait due à des congestions de la vessie analogues à celles de la tête dans les vapeurs de la ménopause; 3° L'amélioration rapide que l'on observe chez les chlorotiques, les dys-

ménorrhéiques, est constante ; 4° L'influence de l'extrait d'ovaire sur les troubles psychiques qui accompagnent ou dérivent de lésions génitales est indéniable ; 5° Nous avons observé chez toutes nos malades une amélioration très rapide et constante dans l'état général ; les voies digestives, dont le fonctionnement est si souvent troublé par les altérations de l'appareil génital, se rétablissent au bout de quelques jours. C'est même un des premiers résultats observés après l'ingestion de l'oophorine : l'appétit revient, les digestions se régularisent ainsi que l'évacuation intestinale ; 6° Les métrorrhagies de la ménopause sans lésions néoplasiques cèdent rapidement à l'ingestion de l'extrait d'ovaire ; 7° L'action thérapeutique sur le système nerveux général est manifeste dès le premier jour. »

Parmi les publications étrangères, nous avons encore à citer un travail fort intéressant de M. Muret, qui avait été communiqué à la « Société Vaudoise de médecine » le 18 juin 1896 : de l'*organothérapie par l'ovaire* (1). Déjà, dès 1893, M. Muret a expérimenté l'extrait ovarique contre certains états pathologiques de la femme. Il a été conduit à ces essais thérapeutiques par la considération : a) du rôle considérable que joue l'ovaire dans l'organisme féminin, rôle considérable que démontrent les modifications importantes qui se produisent à l'occasion de l'entrée en activité de cet organe, à la puberté, *b*) des troubles multiples souvent graves qu'on observe à la suite de la ménopause naturelle et surtout artificielle, c) des modifications que l'on constate aussi bien dans l'espèce humaine que dans les espèces animales du fait de l'extirpation des ovaires (engraissement, disparition, plus ou moins complète, de certains attributs distiuctifs du sexe), par exemple : « l'extirpation des ovaires chez les enfants en bas âge, telle quelle est pratiquée dans certaines régions des Indes, paraît ne pas entraver la croissance de l'individu, mais donne lieu à des êtres grands et musclés qui

(1) *Revue médicale de la Suisse Romande*, juillet 1896, p. 317.

ne présentent aucun des attributs de la femme : pas de menstruation, pas de tissu adipeux au niveau des parties génitales, et enfin un bassin dont les dimensions transversales sont restées très étroites ».

« Dans l'état actuel de la physiologie glandulaire, écrit l'auteur, il m'a paru bien plus naturel de chercher ailleurs, que dans le système nerveux, l'explication de ces phénomènes et l'hypothèse d'une sécrétion interne de l'ovaire, analogue à celle des autres glandes du corps et correspondant aux fonctions spéciales, je dirai même spécifiques de cet organe, s'offrait d'elle-même. La suppression subite de cette sécrétion interne ne pourrait-elle pas expliquer les troubles vaso-moteurs et autres des opérées ? Sa diminution plus ou moins lente, due à l'atrophie sénile des ovaires, et marquée par la cessation des fonctions connues de ces organes, ne suffirait-elle pas à expliquer les phénomènes de l'âge critique ? Enfin, la suppression subite de la sécrétion interne de l'ovaire, exagérée comme quantité ou altérée dans sa qualité, ne pourrait-elle expliquer *l'influence bienfaisante de la castration sur l'ostéomalacie*. On sait qu'après cette opération les douleurs disparaissent souvent en quelques jours, comme si l'on avait supprimé rapidement une source d'éléments chimiques, et l'auteur rappelle que déjà Révilliod a émis l'opinion que *l'ostéomalacie doit être en rapport avec la sécrétion interne de l'ovaire* (1). Il ne serait pas sans intérêt, ajoute Muret, d'essayer l'ovarine dans l'ostéomalacie et la maladie de Basedow, car ces essais, qu'ils réussissent ou non, pourront peut-être jeter un nouveau jour sur la pathogénie de ces affections. » Nous allons voir bientôt qu'on a répondu, du moins en partie, à ce desideratum. Un tableau annexé au mémoire de M. Muret contient le résumé des 21 observations qu'il a rassemblées. De l'analyse de ces observations, il ressort que le traitement par l'ovarine a fourni des résultats satisfaisants dans les accidents de la

(1) *Revue méd. de la Suisse Romande*, 1895, n° 8.

ménopause naturelle ou chirurgicale. Qu'en ce qui concerne la chlorose, l'aménorrhée, dues à d'autres causes, les résultats bien que plutôt encourageants, ne permettent pas cependant de formuler des conclusions définitives.

Fischer (de Vienne) a employé sans succès les tablettes ovariennes contre les accidents (aménorrhée, ménorrhagies, métrorrhagies, etc.) sous la dépendance de l'atrophie, d'origine diverse, des organes génitaux (1). Enfin, nous nous bornerons à signaler la tentative thérapeutique faite par Sénator dans un cas d'ostéomalacie avec l'ovarine.

Obs. — Il s'agissait d'une femme âgée de 42 ans, IIIpare, chez laquelle les premiers symptômes de la maladie étaient apparus huit années auparavant à l'occasion du 3e et dernier accouchement. Les symptômes initiaux furent un affaiblissement général et des douleurs « rhumatoïdes » surtout aux jambes, ce qui rendit la marche pénible. Après des alternatives d'aggravation et de mieux être, l'état était devenu définitivement mauvais, et, lors de l'admission à l'hôpital, les déformations osseuses multiples (diminution de la taille, thorax saillant en avant et en arrière, thorax et bassin rapprochés, cyphose dorsale, bec symphysien, etc.) imposaient le diagnostic d'ostéomalacie. Autre point souligné : *malgré la maigreur du cou, on constatait difficilement le corps thyroïde.* Muscles en général peu développés et très sensibles aux extrémités supérieures et inférieures, surtout au niveau de celles-ci. Troncs nerveux, douloureux également. Pouls entre 68 et 88 ; fonctions intestinale et urinaire s'accomplissant régulièrement. Séjour à l'hôpital, du 11 mai au 7 septembre 1896, soit 4 mois. A sa sortie, la malade était très améliorée.

Les recherches auxquelles ce cas donna lieu correspondent à 4 périodes : 1re *période :* durant 3 semaines, pas de médicaments actifs ; la femme put seulement profiter des conditions hygiéniques spéciales à l'établissement ; 2e *période* : 6 semaines, administration de préparations thyroïdiennes justifiée par ces deux raisons : 1° que Fehling a comparé l'ostéomalacie à certains états associés à un trouble fonctionnel de la thyroïde, 2° que précisé-

---

(1) *Semaine méd.*, juin 1896, p. 238.

ment, chez cette femme, la glande thyroïde était très peu développée; 3e *période :* 1 semaine, de nouveau pas de médicaments ; 4e *période :* 11 jours durant lesquels on donna une préparation d'ovaires (oophorine). Pendant tout ce temps, la nourriture resta la même. On fit, au cours de ces différentes périodes, des recherches qui portèrent sur le *sang* (degré d'alcalescence), les *urines* [quantité par 24 heures, densité, azote, acide phosphorique, chaux; toutes les recherches faites dans le but de déceler de l'acide lactique restèrent négatives. Jamais, non plus, on ne trouva d'albumine ou d'albumoses (propeptone)]; les *fèces*, au point de vue surtout de leur teneur en chaux, recherche importante d'après Sénator, par la raison que c'est par les garde-robes que passe de beaucoup la majeure part de la chaux éliminée par l'organisme. Les variations subies par le poids furent également notées. Sénator fit, en outre, cette constatation, paradoxale en quelque sorte: *pendant le même temps que la maladie s'améliorait l'élimination de la chaux fut plus considérable;* il en fut de même de l'élimination de l'acide phosphorique, qui suivit une marche à peu près parallèle. Constatation, fait remarquer l'auteur, peu propre à éclairer la pathogénie de la maladie, bien plutôt de nature à l'obscurcir, en tous cas à ébranler la théorie basée sur l'hypothèse pathogénique de la dissolution des principes calcaires, et à faire incliner davantage vers l'opinion que « *le ramollissement osseux n'est qu'un symptôme d'une maladie générale de la nutrition* ».

En ce qui concerne la part d'action de la thyroïdine et de l'oophorine sur la guérison, ou plus exactement sur l'amélioration de sa malade, Senator la tient pour très relative, très aléatoire. C'est surtout aux conditions hygiéniques meilleures trouvées à l'hôpital qu'il rapporte le résultat obtenu, conditions hygiéniques dont Winckel a déjà démontré la puissante et heureuse influence en réussissant, par leur seule amélioration, à rendre très rare l'ostéomalacie dans une région (à Gummersbach) où elle était jadis fréquente, et à l'état endémique.

II. — Comment la castration guérit l'ostéomalacie (1).

Ainsi qu'on l'a vu plus haut, on a songé à faire de l'ovarothérapie contre l'ostéomalacie. Ceci nous conduit directe-

(1) Depuis notre dernier article sur l'ostéomalacie, plusieurs travaux traitant du même sujet ont été publiés. Nous signalerons en particulier la thèse importante, très complète surtout au point de vue de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie, du Dr Meslay : « *Contribution à l'étude anatomo-clinique de l'ostéomalacie*, Paris, 1896 (G. Steinheil). Au cours de son internat, M. Meslay a eu l'occasion d'observer deux cas de cette affection relativement très rare en France. L'un de ces cas est un exemple d'ostéomalacie infantile, le second concerne une femme de 55 ans, chez laquelle la maladie avait débuté à 47 ans, huit ans après son dernier accouchement et sept ans avant la ménopause. Rien dans les antécédents de cette femme, antécédents pathologiques ou conditions hygiéniques, ne fournit pas même un semblant d'explication de l'éclosion de la maladie. Parmi les autres faits qu'a rapportés l'auteur, il en est un emprunté au service du professeur Tillaux et qui offre quelques particularités intéressantes. Femme âgée de 30 ans, dont la maladie datait des premiers mois d'une première et unique grossesse. Après l'accouchement, les accidents n'avaient fait qu'empirer au point que la malade ne pouvait plus marcher qu'avec des béquilles. En août 1894, étant tombée, elle se fractura le corps du fémur. La fracture ne se consolidant pas malgré l'immobilisation pendant plusieurs mois dans un appareil à extension continue, le professeur Tillaux, dans l'idée qu'il s'agissait d'une pseudarthrose par interposition de tissu musculaire, fit une intervention dans ce sens, intervention qui permit de constater : *a*) un défaut absolu du processus de consolidation ; *b*) une friabilité remarquable des fragments osseux, dont l'examen histologique démontra les caractères ostéomalaciques. Mais, détail au moins curieux, que releva le chirurgien dans une leçon auquel un bon hasard nous fit assister, à la suite de cette intervention, *a priori* inutile, les douleurs que ressentait la malade disparurent et cette sédation se prolongea plusieurs mois, de mars 1895 à novembre 1895. A partir de ce moment, les douleurs reparurent et l'état s'aggrava de plus en plus. On essaya alors méthodiquement des *inhalations de chloroforme* (d'après la méthode de Petrone), mais *sans le moindre résultat.* Finalement, on pratiqua la castration double (méthode de Fehing) le 12 décembre 1895. Cette nouvelle intervention amena aussi une accalmie malheureusement temporaire. En mars 1896, les douleurs réapparaissaient, et l'état général qui s'était aussi notablement amélioré, déclinait de nouveau de plus en plus. La malade mourut dans le marasme en avril. L'examen macroscopique et microscopique des *ovaires*, dû

ment à l'analyse d'un travail considérable, très intéressant, publié dans les *Annali di Ost. e Ginec.* par Curatulo (professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Rome) et L. Tarulli. Ce travail a pour titre « *Sulla secrezione interna delle ovaie* », et il porte en épigraphe cet emprunt fait à Brown-Séquard et d'Arsonval : « Chaque tissu et plus généralement chaque cellule de l'organisme sécrète pour son propre compte des produits ou des *ferments spéciaux* qui, versés dans le sang, viennent influencer par l'intervention de ce liquide toutes les autres cellules rendues ainsi solidaires les unes des autres par un mécanisme autre que celui du système nerveux. »

Pourquoi la tentative thérapeutique faite, au moyen de l'ovarine, contre l'ostéomalacie conduit-elle à l'analyse de ce travail ? Par la raison que le professeur italien s'est surtout efforcé dans les laborieuses recherches qu'il a conduites, de trouver la clef des guérisons si nombreuses obtenues par la castration bilatérale, et cela, en établissant que, conformément à la notion scientifique nouvelle introduite par Brown-Séquard, l'ovaire, indépendamment de sa fonction toute spéciale, préside à une sécrétion qui exerce une action importante sur les échanges nutritifs, et en travaillant à préciser et à bien mettre en évidence cette action (1). D'autre part, il pense que jusqu'à présent on a dû

à M. Pilliet, révéla, malgré le jeune âge de la femme, les *altérations d'une sénilité précoce.*

Nous signalerons encore un travail de J. Ritchie que l'auteur a eu l'amabilité de nous envoyer, et dans lequel après examen critique des diverses théories pathogéniques déjà émises, il émet l'opinion que le *siège initial de la maladie est dans les cellules nerveuses de la moelle.* « D'autre part, ajoute-t-il, la lésion n'est pas de nature inflammatoire, et l'amélioration rapide qui survient la plupart du temps consécutivement à l'intervention chirurgicale, démontre qu'il ne peut s'agir d'altérations organiques profondes. De même l'observation clinique indique que la maladie est de telle nature qu'elle est, en certains cas, justiciable du traitement par le phosphore et les autres agents capables de relever la nutrition générale. »

(1) Nous avons vu par l'importante citation que nous avons faite de son

forcément faire fausse route chaque fois qu'on s'est risqué à donner une interprétation des résultats obtenus, parce que, d'après lui, *une solution exacte exigeait la connaissance préalable de cette influence de l'ovaire sur les échanges nutritifs.*

Cette importante monographie présente les divisions suivantes : A) INTRODUCTION. HISTORIQUE.

Les eunuques dans l'histoire. Sémiramis et Nabuchodonosor. De l'extirpation des glandes sexuelles chez les Grecs et les Romains. De la castration des animaux du sexe féminin dans les temps les plus reculés. De la castration des femmes chez les peuples Orientaux, chez les Grecs et les Romains. De l'ablation des glandes sexuelles dans un but thérapeutique, conseillée par Hippocrate, Galien et Fracastor. De la castration pratiquée pour la cure de la folie et d'autres maladies. De la castration chez la femme à notre époque. De l'ovariectomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, de l'hystéro-épilepsie et de certaines formes de psychoses. Exagérations et avantages de cet acte opératoire. Lawson-Tait et Spencer Wells (1). De la castration dans l'ostéomalacie.

B) PREMIÈRE PARTIE. — Influence de l'ablation des ovaires sur les échanges organiques.

C) DEUXIÈME PARTIE. — Faits cliniques et expérimentaux qui démontrent l'existence d'une sécrétion interne de l'ovaire.

D) TROISIÈME PARTIE. — Recherches tendant à produire l'ostéomalacie expérimentale.

*
* *

B) PREMIÈRE PARTIE. — De l'influence de l'ablation des ovaires sur les échanges organiques.

Ces échanges nutritifs, ces phénomènes de la vie intérieure se révèlent surtout dans les produits éliminés par les

---

travail, que M. Muret, de Lausanne, est parti d'une conception analogue pour entreprendre ses essais thérapeutiques avec l'extrait d'ovaire.

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, nov. 1891, p. 346.

urines ou par la respiration. L'étude de ces produits permet donc d'étudier, au moins très approximativement, les variations, les troubles de cette vie intérieure. Quelle influence exerce l'ovaire sur ces échanges? Pour le dire, l'étude des produits éliminés avant la castration, après la castration et après l'injection de substance ovarique était nécessaire. Il fallait expérimenter sur l'animal. C'est ce que firent Curatulo et Tarulli.

Les animaux choisis pour ces expériences furent la chienne et une espèce de souris (la femelle du *mus musculus*). Chez la première, le cathétérisme vésical destiné à recueillir les urines des vingt-quatre heures est assez facile. Quant à la souris, elle se prête bien, à cause de sa petitesse, à la recherche des produits éliminés par la respiration; pour cette recherche, l'auteur utilisa un appareil ingénieux dont il donne la description détaillée, appareil imaginé par le professeur Luciani. Pour étudier les modifications du chimisme respiratoire chez la chienne, il dut se servir d'un autre appareil, celui de Colasanti, basé sur le même principe que celui de Pettenkofer, mais en se bornant à calculer les seules variations de l'anhydride carbonique (CO^2).

Les animaux en expérience furent soumis à une diète invariable avant la castration, afin d'obtenir une moyenne quasi-constante dans l'élimination de l'azote, des phosphates et des produits respiratoires. La diète, instituée en tenant compte du poids de l'animal, restait identique à elle-même après la castration. Pour la détermination de l'azote, on se servit soit de la méthode de Kjeldahl, soit de celle d'Yvon, pour celle de l'anhydride phosphorique (Pho^5) de l'acétate d'urane. Pour étudier l'influence sur les échanges nutritifs de la sécrétion spéciale de l'ovaire, on injecta, par la voie sous-cutanée, du suc ovarique préparé de la façon suivante : ovaires de génisse, qu'après avoir pesés on coupait en très petits morceaux et qu'on mettait à macérer dans à peu près égale quantité de glycérine de Prices, environ vingt-quatre heures. Ce suc filtré, passé à travers une bougie de Chamberland stérilisée, était recueilli dans un matras

également stérilisé. On l'additionnait de 4 à 5 gouttes d'acide phénique pour prévenir sa putréfaction. C'est ce liquide, additionné de deux parties d'une solution de chlorure de sodium à 6 p 100, qui servait pour les injections sous-cutanées.

En résumé, les phases de l'expérimentation étaient celles-ci : *a*) pendant un certain nombre de jours, avant toute opération, à la faveur d'une diète rigoureusement réglée, étude des échanges organiques (produits de l'urine et produits de la respiration); *b*) castration : même diète, et étude des modifications que l'ablation des ovaires avait fait subir à ces échanges ; *c*) injection de suc ovarique et étude de l'influence de ces injections sur ces mêmes échanges.

Les conclusions tirées de ces expériences sont : 1° L'ablation des ovaires a une influence notable sur les échanges de la vie organique ; 2° la courbe qui représente l'élimination des phosphates s'abaisse considérablement après la castration. Or, cet abaissement ne dépend ni de l'alimentation qui fut la même avant et après la castration, ni d'un affaiblissement du pouvoir de résorption de l'intestin, car, jamais il ne survint de troubles digestifs. D'autre part, il y eut plutôt, toujours, une augmentation du poids de l'animal. D'ailleurs, l'examen des fèces démontra l'intégrité du tube digestif ; 3° La courbe de l'azote éliminé après l'ovariectomie, azote déterminé par le procédé de Kjeldahl ou d'Yvon, présente de légères oscillations, d'observation habituelle, sans tendance nette à s'élever ou à s'abaisser ; 4° Après la castration, l'acide carbonique éliminé par la respiration et l'oxygène absorbé diminuent notablement jusqu'à une certaine quantité, quantité qui ensuite demeure stationnaire ; 5° Chez l'animal castré, la courbe du poids s'éleva graduellement sans que ce poids atteignît des proportions considérables durant le temps où il fut tenu en expérience ; 6° Chez les chiennes castrées, pour lesquelles on avait, après la castration, noté une diminution dans l'élimination des phosphates, cette élimination, consé-

cutivement à l'injection sous-cutanée du suc ovarique, augmenta de nouveau, arriva à être supérieure à celle qui se faisait avant la castration, devint même intensive sous l'influence de doses encore plus considérables de suc ovarique. Augmentation non pas seulement proportionnelle aux phosphates contenus dans le suc ovarique injecté; 7° L'extirpation de l'utérus combinée avec celle des ovaires, ne paraît apporter aucune modification à ce que l'on observe après l'ablation isolée des ovaires.

*
* *

C) DEUXIÈME PARTIE. — **Faits cliniques et expérimentaux qui démontrent l'existence d'une sécrétion interne de l'ovaire.**

« *Les faits établis par les précédentes recherches, écrit l'auteur, nous mettent non seulement en mesure d'expliquer les phénomènes les plus communément observés à la suite de la castration, ainsi que ceux relatifs aux échanges organiques pendant la période de la vie sexuelle et de la ménopause, mais ils nous donnent la clef du problème si controversé de la guérison de l'ostéomalacie par la castration.* »

De l'examen des résultats obtenus chez la femelle du *mus musculus* deux faits ressortent : 1° après la castration, les échanges respiratoires se font plus lentement.

2° Le quotient respiratoire, rapport de l'oxygène absorbé à l'acide carbonique expiré, reste constant, fait important parce qu'il indique que les oxydations des divers aliments (albuminoïdes, hydrocarbones, graisses) ont lieu dans le même rapport avant et après la castration, d'où cette conclusion : « chez la souris, on observe, à la suite de la castration, un ralentissement dans l'ensemble du processus dynamique qui préside aux échanges nutritifs, sans qu'il y ait cependant épargne plus marquée de l'un ou l'autre des trois principes alimentaires ».

Les expériences similaires faites sur les chiennes en expérience aboutirent à des résultats concordants. De plus, ainsi

qu'il a été noté plus haut, on observa, consécutivement à la castration, d'une manière constante, une augmentation de poids, un véritable engraissement, et, cela, malgré une alimentation maintenue invariable, malgré même une alimentation systématiquement dépourvue de graisse. Le déficit de l'acide carbonique, produit des oxydations des corps gras et des hydrocarbonés, dans l'air expiré, donne une explication de l'accumulation de la graisse dans l'organisme, par conséquent, de l'engraissement observé chez les animaux en expérience, engraissement si communément observé aussi chez les êtres humains auxquels on a enlevé les glandes sexuelles. Quant au développement du tissu adipeux, même chez les animaux soumis à une nourriture exempte de principes gras, il trouverait son explication dans les travaux de Pettenkofer et de Voit, d'après lesquels la mollécule albuminoïde se dédoublerait dans l'organisme, en a) une partie azotée donnant par mutations successives l'urée, l'acide urique, etc., etc.; b) une partie non azotée, retenue dans l'organisme et y engendrant de la graisse.

En résumé, *l'adipose observée après la castration, par ralentissement des oxydations correspondantes, est due non seulement à la graisse qui dérive des hydrocarbones et des matières grasses introduites dans l'alimentation, mais aussi à la graisse dérivée de la partie non azotée qui résulte du dédoublement des albuminoïdes introduits avec la nourriture dans l'organisme.*

Diminution dans l'élimination des phosphates. — La diminution, après la castration, de la proportion des phosphates éliminés, et leur augmentation après l'injection sous-cutanée de suc glandulaire représentent des faits importants. On sait que ces phosphates éliminés dans les urines proviennent en partie des aliments ingérés, en partie des produits de désassimilation des tissus contenant des substances organiques phosphorées (lécithine, nucléine, etc.) et surtout de l'élimination des phosphates terreux contenus dans les os. Or, la nourriture des animaux en expérience restant rigou-

reusement la même avant et après l'opération, il est logique d'admettre que cette diminution des phosphates ne provient pas d'un apport moindre de ces éléments dans l'organisme, mais d'une oxydation moindre du phosphore existant dans les tissus, lequel s'accumulant dans l'organisme, puis se combinant avec les bases terreuses (chaux et magnésie), se fixerait sur les tissus osseux sous forme de phosphates de chaux et de magnésie.

Mais à quelle cause fallait-il rapporter cette diminution dans l'élimination des phosphates par les urines ainsi que de l'acide carbonique expiré après la castration? Bientôt vint à l'auteur l'idée que les ovaires, comme les autres glandes de l'organisme suivant la théorie générale de Brown-Séquard, présidaient à une sécrétion spéciale, dont une des propriétés serait de favoriser les oxydations des substances organiques phosphorées, des hydrates de carbone et des graisses. Et, s'il en était ainsi, l'introduction artificielle dans l'organisme de suc ovarique frais devait, jusqu'à un certain point, suppléer à la suppression de cette sécrétion, conséquence de la castration. Or, les expériences faites confirmèrent pleinement ce raisonnement. *Les injections de suc ovarique eurent pour effet d'augmenter notablement l'élimination aussi bien de l'anhydride carbonique expiré que celle des phosphates.* Des expériences de contre-épreuve démontrèrent d'ailleurs que la glycérine employée n'avait aucune action respective sur ce phénomène, non plus que la très minime proportion de phosphates contenus dans le liquide injecté.

Cette sécrétion interne et son action sur les phénomènes d'oxydation ainsi démontrés, fournissaient l'explication facile des guérisons observées après la castration.

En enlevant les ovaires, on ne supprime pas la cause primitive de la maladie, nos connaissances actuelles ne justifient pas une semblable affirmation, mais par la suppression de sa sécrétion spéciale, on apporte dans les phénomènes de la nutrition, de la vie organique des modifications favorables grâce auxquelles le squelette récupère sa solidité

normale, condition essentielle de la guérison du processus ostéomalacique.

D'autre part, si le chloroforme, auquel Pétrone rapportait l'efficacité thérapeutique des castrations, a paru produire des améliorations, c'est que, comme le chloral, il ralentit aussi les oxydations et que son administration équivaut à une suppression en quelque sorte de la sécrétion ovarique. Comme la castration, il diminue l'élimination des phosphates, crée par conséquent des conditions favorables pour le tissu osseux, mais conditions qui, comme son usage, ne peuvent être qu'éphémères.

Les auteurs tracent ensuite à grands traits l'histoire des discussions, des théories qui se sont produites surtout à l'occasion des résultats si surprenants obtenus par la castration (interprétations de Fehling, Zweifel, Schauta, Truzzi). Ils s'arrêtent plus particulièrement à celle de Truzzi, d'après laquelle ces résultats seraient dus à l'influence — encore mal déterminée — que l'extirpation des glandes sexuelles exerce sur la nutrition générale de l'organisme, théorie plus large que celle de Fehling.

Ils étudient après, en utilisant des travaux antérieurs (Raciboski, Marro, Quetelet, Pagliani, Milne-Edwards, Mojon, etc.), les phénomènes qui se produisent vers la puberté dans les deux sexes et relèvent les observations faites aussi bien dans l'espèce humaine que chez les animaux à la suite de la castration (élimination plus faible des phosphates au moment où se produit d'une manière plus marquée l'accroissement de la taille (13 ans chez la fille, 15 ans chez le garçon); développement considérable du squelette, surtout des membres inférieurs, chez les eunuques, même phénomène chez les jeunes coqs castrés, etc. *Ils notent également l'influence aggravante qu'exercent la menstruation et la grossesse sur la maladie ostéomalacique, ce qui tient, d'après eux, à l'hypervascularisation des ovaires et à une hypersécrétion de ces organes, hypersécrétion qui a pour effet d'activer les oxydations et surtout d'augmenter l'élimination des phosphates.*

Suit une courte digression sur l'acromégalie, maladie caractérisée aussi par des modifications, inverses en quelque sorte, du tissu osseux (développement considérable des os de la face et des extrémités supérieures et inférieures). Ils remarquent que la plupart des auteurs (Marro, Marie, Souza-Leite, Tamburini, Tanzi, etc.) ont observé des altérations aussi bien que des troubles fonctionnels du côté des organes génitaux dans les deux sexes (diminution des désirs vénériens, aménorrhée, hypertrophie du clitoris, des petites lèvres; chez l'homme, impotence avec atrophie ou hypertrophie des testicules, faits qui, en tout cas, démontrent une solidarité entre le squelette et les organes génitaux) (1). Ils prennent également en considération les phénomènes pathologiques qu'on observe trop souvent après la ménopause naturelle et aussi artificielle. Ils relèvent, en particulier, cette remarque très importante, basée sur la clinique, de Simpson et de Spencer Wells, que *le cancer s'observe beaucoup plus fréquemment chez les femmes auxquelles on a extirpé les ovaires*, etc. Et ils pensent que peut-être bon nombre des accidents observés à la suite de la castration, peuvent être liés à la cessation de l'influence qu'exerce la sécrétion interne de l'ovaire sur l'ensemble des phénomènes de la nutrition générale, hypothèse en faveur de laquelle militent les succès obtenus contre certains de ces troubles par l'emploi des préparations ovariques.

La *conclusion* de cette seconde partie de ce travail est : les ovaires, comme les autres glandes de l'organisme, et conformément à la doctrine générale de Brown-Séquard, président à une sécrétion spéciale.

Ces organes déversent continuellement dans le sang un suc dont la composition chimique est, à l'heure actuelle, totalement inconnue ; un de ces attributs les plus essentiels

---

(1) Nous trouvons cette coïncidence des altérations du squelette et des altérations fonctionnelles et anatomiques des organes génitaux également notée dans un article très intéressant de BRISSAUD et MEIGE : « Gigantisme et acromégalie » ; *Journal de méd. et de chir. pratiques*, janvier 1895, p. 74.

consiste à favoriser l'oxydation des substances organiques phosphorées, des hydrocarbones et des graisses.

Il en résulte que leur ablation (castration) ou leur inactivité (par exemple avant l'époque de la puberté ou à la ménopause), doit avoir pour effet : 1° Une rétention plus grande du phosphore organique avec, comme conséquence, une accumulation plus considérable des sels calcaires dans le tissu osseux; 2° Le phénomène bien connu de l'engraissement consécutivement à la castration et à la ménopause.

D) Troisième partie. — Recherches dans le but de produire l'ostéomalacie.

Les auteurs cherchèrent à produire le ramollissement osseux de deux manières : 1° En injectant de fortes doses de suc ovarique, et en cherchant ainsi à activer les oxydations et à augmenter l'élimination des phosphates. La seule expérience qu'ils firent dans ce sens resta négative ; 2° En injectant du ferment nitrique, et cela dans le but de contrôler une fois de plus la valeur de la théorie émise par Pétrone. Ils se servirent pour ces injections de cultures pures de *baccillus radicicolæ*, un des agents les plus actifs de la nitrification. Le résultat fut également négatif.

Au cours de cet important travail, les auteurs se défendent à plusieurs reprises, d'avoir eu la pensée qu'on leur a attribuée pour les avoir mal compris, d'avoir trouvé la cause première de l'ostéomalacie. Au contraire, son caractère d'endémicité les incline plutôt à penser qu'il s'agit d'une maladie de nature microbienne, hypothèse bien accueillie déjà par plusieurs savants (Zürn, Winckel, Kehrer, Baumann, etc.). Ce qu'ils pensent surtout avoir mis en évidence, c'est l'influence des ovaires sur les oxydations organiques, la solidarité qui existe entre elles et les glandes sexuelles, et le mécanisme des guérisons souvent définitives du ramollissement osseux par la castration et des guérisons temporaires par le chloroforme, etc. « *Se la patogenesi quindi dell' osteomalacia*, écrivent-ils à la fin de leur travail,

é ancora sub judice e deve come giustamente afferma il Labusquière, *ritenersi come una malattia di natura misteriosa, lo stesso non puo dirsi dal lato della terapia* » (1).

***

De l'analyse des documents qui nous ont servi pour cette revue, nous croyons pouvoir dégager quelques propositions: 1° L'organothérapie, introduite sur des bases scientifiques dans le domaine médical par Brown-Séquard, et qui au début avait, malgré son haut patronage, provoqué surtout du scepticisme, continue de faire son chemin. Ses applications deviennent de plus en plus nombreuses.

2° Indépendamment de sa fonction génératrice, l'ovaire paraît présider à une sécrétion spéciale jouissant d'une influence considérable sur la nutrition générale.

3° D'après les expériences de Curatulo et de Tarulli, cette sécrétion activerait les oxydations des hydrocarbones, des graisses et des matières organiques phosphorées. Aussi, sa suppression entraîne-t-elle comme conséquence le ralentissement des oxydations de ces éléments et comme effets : l'engraissement et la diminution de l'élimination des phosphates.

4° La constatation de ces faits donne la clef des phénomènes observés après la castration, engraissement par exemple, et surtout *des guérisons si surprenantes de l'ostéomalacie par la castration.* Elle explique aussi les améliorations passagères obtenues avec le chloroforme et le chloral, substances qui, comme la castration, mais seulement d'une manière temporaire, ralentissent les oxydations.

5° Mais, si ces notions nouvelles éclairent d'un jour nouveau le mécanisme de la guérison, elles laissent encore dans toute son obscurité la cause première de la maladie, point

(1) *Ibid.*, p. 816.

d'ailleurs qu'ont tenu à bien mettre en relief les auteurs italiens.

6° En ce qui concerne l'étiologie et le traitement de l'ostéomalacie, nous n'avons rien à modifier aux conclusions que nous avons formulées dans une revue précédente (1). *Si les résultats auxquels sont arrivés* Curatulo et Tarulli *sont justifiés*, ce serait aller contre le but que de traiter, à l'exemple de Senator, les ostéomalaciques par les préparations d'ovaire. L'idée thérapeutique poursuivie par ce dernier était de fournir à l'organisme du suc ovarique sain au lieu du suc ovarique supposé vicié chez les ostéomalaciques.

7° Les préparations de tissu ovarique paraissent donner des résultats très encourageants toutes les fois que les accidents observés peuvent être rapportés à la suppression ou à l'insuffisance de la sécrétion spéciale de l'ovaire, tout particulièrement quand ces accidents sont sous la dépendance de la ménopause naturelle ou chirurgicale.

8° Le chirurgien ne doit procéder à l'extirpation complète des ovaires que lorsque les indications en sont bien nettes. Car, indépendamment des accidents très pénibles observés à la suite de la ménopause chirurgicale, cette extirpation semble favoriser d'une façon notable le développement du cancer.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

BRISSAUD et MEIGE. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, janvier 1895, p. 74. — CHROBAK. *Ibid.*, p. 521. — CURATULO, ROUTH, GRIFFITH, etc. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1896, vol. XXXVIII, p. 17. — CURATULO, SIMPSON, FELKIN, etc. *Edinb. med. J.*, juin 1895, p. 1122. — CURATULO et TARULLI. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1896, n° 10, p. 737. — JACOBS. Opothérapie ovarienne. *La Policlinique*, Bruxelles, 1896, n° 23, p. 841. — JAYLE. *Presse médicale*, mai 1896, p. 721. — JOUIN. *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1896, n° 11, p. 228 — KNAUER. Einige Versuche über Ovarientransplantation bei Kaninchen. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 20, p. 524. — MAINZER. *Deutsche med. Wochensch.*, 1896, n° 12 et *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 32, p. 844. — MESLAY. *Contribution à l'étude anatomo-clinique de l'ostéo-*

---

(1) *Annales de gynéc. et d'obst.*, juin 1895, p. 501.

malacie. Th. Paris 1896; et Ostéomalacie infantile, *Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, février 1897, p. 49. — MOND. *München. med. Wochensch.*, 1896, n° 14, et *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 28, p. 752. — MURET. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1896, n° 7, p. 317. — RITCHIE (J.). *Osteomalacia with special Relation to its Ætiology and Treatment*, etc., Edinburg, 1896. — SENATOR. *Berlin. klin. Wochensch.*, 1897, n° 7, p. 109, n° 8, p. 143, et *Deutsche med. Zeitung*, 1897, n° 8, p. 78. — STEHMAN. Thyroid. and ovarian Therapy in Gynecol. *The Am. Gyn. and Obst. J.*, février 1897, p. 128 et 229. — TOUVENAINT. *Bullet. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1896, n° 10, p. 195.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 11 *février* 1897.

M. DURANTE montre des **coupes de déciduome malin et de placenta dans les premières phases du développement.** Il fait ressortir les analogies qui existent entre les figures que l'on y observe. S'appuyant sur ce que l'on connaît de la structure et du développement histologique du placenta, l'auteur conclut à la nature épithéliale de ce néoplasme et à son origine purement fœtale. Il s'agit non pas d'un sarcome, mais d'un épithélioma ecto-placentaire.

Discussion. — M. DOLÉRIS. Les cellules déciduales et les cellules de l'ectoderme fœtal ont de grandes analogies au point de vue anatomique. Il paraît bien difficile de se prononcer en présence d'un déciduome et de leur attribuer sûrement une origine fœtale exclusive. De plus, dans les trente ou trente-cinq cas de déciduome déjà publiés, il en est six ou sept pour lesquels il est impossible d'admettre l'origine fœtale, car le commémoratif grossesse ou fausse couche manque dans leur histoire. DURANTE ne croit pas qu'il existe des faits de déciduomes malins vrais en dehors de la grossesse. Parmi les faits publiés comme tels, les uns concernent des tumeurs d'une tout autre nature, où l'on ne rencontre pas les éléments caractéristiques du déciduome ; ce sont probablement des sarcomes ou adéno-sarcomes de la muqueuse utérine. Les autres, qui concernent probablement des déciduomes vrais,

sans môle hydatiforme, sans polypes placentaires, sans même grossesse récente, ont été observés chez des multipares, et l'on signale toujours avant le début de l'affection, un arrêt des règles pendant 1, 2 ou 3 mois, puis l'apparition de métrorrhagies; ensuite la tumeur maligne suit son cours. Il est bien probable qu'ici on se trouve en présence d'un processus arrêté dès les premiers mois de la gestation.

MM. DURANTE et SIRON : **Atrésies multiples monilliformes de l'intestin grêle, chez un enfant à terme.** — Cet enfant provient du service de M. Porak. Il mourut d'une obstruction intestinale en quatre jours, après sa naissance. A l'autopsie on trouva un arrêt de développement de l'intestin grêle : l'iléon, à partir du cæcum et sur une longueur de 25 à 30 centim., se présentait sous la forme d'une série de segments intestinaux fermés à chaque extrémité par un cul-de-sac conique. Histologiquement ces culs-de-sac présentent la structure normale de l'intestin, mais avec des tuniques muqueuse et musculaire atrophiées.

MM. DOLÉRIS et SCHEFFER : **Un cas de fracture intra-utérine du tibia, avec vice de conformation.** — Il s'agit d'un enfant qui naquit à terme et qui présentait les malformations suivantes : Jambe déformée, un peu au-dessous de la moitié du tibia ; cet os paraît augmenté de volume et présente en avant et au niveau de sa crête un angle saillant. Au niveau de la convexité de cet angle osseux est une petite dépression cutanée circulaire, large de 2 ou 3 millim., blanchâtre, légèrement adhérente avec la profondeur. La jambe est aplatie sur sa face externe, les muscles péroniers semblent atrophiés, le péroné parait mal développé et confondu avec le tibia. Pied en varus équin. Il n'y a que quatre orteils, le deuxième manque.

Discussion. — M. KIRMISSON pense qu'il s'agit là, non d'une fracture intra-utérine, mais d'un arrêt de développement du membre inférieur. — PORAK. Il faut admettre avec la plus grande réserve les observations de fractures traumatiques, intra-utérines. Dans l'achondroplasie, la disposition angulaire des os longs est due à des courbures et non à des fractures.

M. PORAK : **Insertion vélamenteuse du cordon pendant le travail.** — Il s'agit d'une primipare dont le travail dura 70 heures. L'en-

fant mourut avant la dilatation complète et la rupture des membranes. Le liquide amniotique était semblable à de la purée de pois et en petite quantité. Le placenta montre une insertion vélamenteuse du cordon sur le pôle inférieur. La rupture artificielle des membranes se trouvait placée entre l'insertion du cordon et le bord du placenta, inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Les vaisseaux qui limitaient la déchirure des membranes ne furent pas déchirés. La mort de l'enfant s'explique facilement par la compression du cordon au point de son insertion sur les membranes.

MM. R. Pichevin et Auguste Petit : **Sur le kraurosis vulvæ.** — Indépendamment des lésions leucoplasiques dont la muqueuse vulvo-vaginale peut être le siège et dont ces auteurs ont déjà fait connaitre deux cas au Congrès de Genève, il existe une affection, qui pour présenter quelques analogies avec la précédente, n'en constitue pas moins une entité morbide distincte, caractérisée au double point de vue clinique et anatomo-pathologique. Cliniquement, l'altération se traduit par l'apparition de plaques blanchâtres rappelant les caractères de la leukokératose. Les lésions se résument en une inflammation chronique et une sclérose du derme aboutissant à la dégénérescence des nerfs et des glandes. Du côté de l'épiderme, on constate une hyperkératinite et une dégénérescence hyaline. Enfin, ces auteurs montrent que le kraurosis ne peut être identifié avec la leucoplasie.

REVUE DES PÉRIODIQUES RUSSES

Journal d'accouchements et de gynécologie de St-Pétersbourg (2e semestre 1896).

Bobine dans l'utérus, par Walk.

Le Dr Walk a extrait de l'utérus d'une femme de 30 ans une bobine de fil qui a séjourné dans le vagin pendant neuf ans, comme pessaire pour un prolapsus ; mais depuis neuf mois la malade a cessé de la sentir dans le vagin et en même temps elle a ressenti de très fortes douleurs dans le bas-ventre; elle a commencé a perdre le sommeil, l'appétit et, il y a six mois, elle a remarqué

qu'elle perdait l'urine par le vagin. Son état empirant de plus en plus, les douleurs sont devenues continues, constantes; elle était toujours mouillée et l'entourage ne pouvant pas supporter l'odeur elle s'est décidée à se faire opérer. Pendant l'opération, on a trouvé une fistule vésico-utérine.

Contribution à la dégénérescence sarcomateuse des fibromes, par GOUBAROF.

Le professeur Goubarof a observé un fibrome du vagin, dégénéré en sarcome.

Il s'agit d'une femme de 46 ans, présentant une tumeur d'une grosseur d'un œuf de poule et occupant le vestibule qu'elle distendait et s'étendant à la partie antérieure du vagin jusqu'au cul-de-sac antérieur.

La muqueuse du vagin présente une certaine mobilité, tandis que celle du vestibule est intimement unie à la tumeur, dont la surface est ulcérée et recouverte d'un pus fétide. La malade porte cette tumeur depuis plus de 18 ans, mais alors elle était petite. Depuis un certain temps, elle grossissait rapidement et il y a deux mois qu'elle a commencé à s'ulcérer.

Pas de troubles du côté de la vessie.

Par une incision triangulaire, dont le sommet était près du clitoris, l'auteur a réussi à enlever complètement la tumeur; le pédicule représenté par l'urèthre était long et du diamètre du petit doigt; il a été réséqué et attiré vers le sommet de la plaie.

L'examen microscopique de la tumeur a démontré que les parties profondes étaient constituées par un tissu fibreux pur et les parties superficielles, outre le tissu conjonctif fibreux, contenaient une grande quantité de cellules grosses et rondes et des cellules fusiformes, avec gros noyaux parfois nucléolés.

La limite entre la partie fibreuse et la partie sarcomateuse était représentée par un tissu dur, d'une consistance presque cartilagineuse, rappelant énormément le tissu cicatriciel vieux.

Contribution à l'étude de l'étiologie du décollement prématuré du placenta, inséré normalement; Endométrite déciduale, par MASLOVSKY (1).

Femme de 22 ans. Primipare, 9e mois de grossesse, a été prise

(1) Ce mémoire a été ensuite publié dans le *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, Berlin, septembre 1896, t. IV, p. 212.

tout d'un coup dans la nuit de violentes douleurs dans le bas-ventre et d'une forte hémorrhagie. Beaucoup de vieux caillots atteignant la grosseur du poing.

Le corps et le fond de l'utérus sont beaucoup plus durs que d'ordinaire, sensibles à la palpation. Cette dureté augmentait périodiquement.

Présentation droite postérieure. Bruits fœtaux à droite, écoulement leucorrhéique abondant et épais.

Vu la tension de l'utérus, l'ancienneté des caillots, les douleurs intolérables, l'état du segment inférieur et enfin l'apparition de l'hémorrhagie au neuvième mois, l'auteur a éliminé l'insertion vicieuse du placenta et a supposé un décollement prématuré du placenta, inséré normalement, ce qui a été confirmé après la délivrance.

Trois jours après, l'enfant avait une conjonctivite.

L'examen bactériologique a démontré dans le mucus de l'utérus la présence de gonocoques.

L'examen microscopique démontre que les modifications de la caduque portent le caractère d'un processus inflammatoire de date récente.

Dans les coupes du placenta, dans la caduque utérine près de sa surface, où l'infiltration était très prononcée, l'auteur a trouvé dans le protoplasma des cellules rondes, des gonocoques; dans la caduque sérotine et dans la réfléchie il n'a rien trouvé.

L'auteur croit que cette endometritis decidualis gonorrhoica a été la cause du décollement prématuré du placenta. En provoquant l'infiltration, elle a rompu l'adhérence des cellules; l'endroit de l'union du placenta avec l'utérus est devenu plus friable, ce qui constituait une cause de son décollement. Le décollement a pu avoir lieu, parce que, prédisposé, il a été produit par l'hémorrhagie due à l'endométrite interstitielle.

(A suivre.) D[r] RECHTSAMER.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'INFECTION DES KYSTES DE L'OVAIRE

Par G. Heinricius.
Professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de Helsingfors (Finlande).

OBSERVATION. — A. L..., 26 ans, primipare, née à Helsingfors, admise à la maternité le 4 novembre 1895, à 12 h. 15'. Dernière menstruation au commencement de février 1895; premiers mouvements du fœtus au milieu de mai. Bien portante pendant la grossesse. Pas d'albumine dans l'urine. Les douleurs ont commencé le 3 novembre à 8 h. du soir.

Le 4, à 12 h. 30, l'orifice de la matrice laissait passer 2 doigts, la tête dans le détroit supérieur en O. I. G. A. Les eaux s'écoulent à 1 h. 55' du matin. A 2 h. 10' l'orifice de la matrice est complètement dilaté, la tête dans l'excavation en O. P. L'enfant naît à 4 h. 7'. L'arrière-faix est expulsé à 4 h. 12'. Garçon vivant, du poids de 3,400 gr.

Le 6, le fond de la matrice est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; on administre 2 grammes d'ergot de seigle par jour.

Le 7, utérus sensible, compresse échauffante, temp. 38°,1 le soir.

Le 8, temp. mat. 38°,3, soir 39°. Sac de glace sur l'abdomen, 40 gouttes de teinture d'opium par jour. Utérus très sensible s'étendant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Irri-

gation intra-utérine avec une solution phéniquée à 2 p. 100 (1 litre à 47°).

Le 9 temp. mat. 38°,9, soir 38°,5. Au curettage de la cavité utérine, on enleva une pleine cuillérée des restes de la caduque. Irrigation avec une solution phéniquée à 2 p. 100.

Le 10, temp. mat. 39°,1, soir 39°,8. A 2 h. soir, injection d'une seringue de Pravaz d'une solution d'ergot. A 9 h. 25' injection de 2 seringues de sérum anti-streptococcique de Marmoreck dans la paroi abdominale. Utérus fortement augmenté de volume, incliné à droite ou à gauche suivant la position prise par la malade, s'étend dans l'hypocondre jusqu'aux côtes. On n'administre plus d'opium.

Le 11, temp. mat. 38°,5, soir 39°,2. A 3 h. soir on fait une irrigation intra-utérine avec 2 litres de solution phéniquée à 2 p. 100 à la température de 47° C. toutes les heures.

Le 12, temp. m. 38°,9, soir 39°,4. Le fond de l'utérus est à un travers de doigt au-dessous des côtes, très sensible. Morphine pour la nuit.

Le 13, temp. m. 38°,9, soir 39°,4. L'utérus a le même volume, mais il est moins sensible.

Le 14, temp. matin et soir 39°,4. Irrigation intra-utérine avec une solution phéniquée à 1 p. 100, à 46° C.

Le 15, temp. matin 39°,4. On constate, à l'aide d'un instrument en forme de cuiller introduit par le vagin dans l'utérus, que la distance de l'orifice extérieur de la matrice au fond de la cavité n'est pas supérieur à 10 centim. A travers les parois abdominales on sent la cuiller introduite dans la cavité à une largeur de main au-dessus du pubis et à trois travers de doigt à droite de la ligne médiane. Irrigation intra-utérine de la solution phéniquée à 2 p. 100. On sent, au toucher, à travers la paroi abdominale une résistance très sensible, s'étendant vers le haut jusqu'aux côtes, et vers le bas jusqu'à 2 travers de doigt de l'épine iliaque antérieure, supérieure, vers l'intérieur à 2 travers de doigt de la ligne blanche, vers l'extérieur jusqu'à une ligne tirée de la dernière côte vers le bas. La résistance offre une dureté homogène. Une ponction avec la seringue de Pravaz fait sortir du pus.

Il est clair alors que l'induration sensible reconnue au toucher le 15 novembre, contenant du pus, nettement limitée et s'étendant jusqu'aux côtes n'était pas l'utérus. Cet organe s'est con-

tracté de manière qu'on peut facilement en sentir le fond à une largeur de main au-dessus du pubis. Cette résistance, qui jusqu'ici avait été considérée comme ne faisant qu'un avec la matrice puerpérale et qui avait été prise pour la partie supérieure de cet organe, maintenant que la matrice a subi une assez grande involution, est évidemment une formation indépendante de l'utérus. Ni la sage-femme qui assistait à l'accouchement, ni les autres personnes qui ont donné ensuite leurs soins à l'accouchée n'ont remarqué aucune tumeur particulière soit à l'utérus, soit séparée de celui-ci ; et lorsque deux jours après l'accouchement je palpai l'abdomen je ne crus pas non plus que cette résistance fût autre chose que la matrice puerpérale mal involuée. Comme les symptômes d'infection apparurent, on diagnostiqua une endométrite puerpérale et une métrite, et un traitement approprié fut prescrit pour celle-ci. Mais, lorsqu'on eut reconnu que la résistance décrite ci-dessus était indépendante de l'utérus et qu'elle contenait du pus, on diagnostiqua un abcès et l'on résolut de l'inciser et de le vider.

Le 15, à 11 h. matin; on fit l'incision abdominale dans la semi-pronation gauche. Incision longitudinale d'environ 10 centim. de longueur sur le haut de la résistance; après avoir incisé la paroi abdominale et le péritoine, il s'écoula une légère quantité de pus sanguinolent, fluide, ayant une certaine odeur fécaloïde. Dans la plaie on aperçut la paroi tendue d'un kyste, de couleur gris clair, qui fut ponctionné avec la seringue de Pravaz, et l'on retira du pus. On reconnut avec le doigt que le kyste avait une forme allongée et était à peu près du volume d'une grosse tête d'enfant nouveau-né, s'étendant transversalement sous la paroi abdominale antérieure, adhérant légèrement à cette dernière, muni à gauche d'un large pédicule. L'ovaire droit n'a subi aucun changement. L'utérus a le volume d'un gros poing. Pendant qu'on essayait de dégager le kyste de ses adhérences et de l'amener vers la plaie, il s'écoula du kyste une assez grande quantité de pus d'une odeur infecte, qui sortit presque totalement par la plaie de l'abdomen. Afin de pouvoir extirper le kyste, l'on dut faire une incision transversale à angle droit avec la première, le kyste fut saisi avec des pinces de Nélaton, sorti par la plaie, et ce n'est qu'avec une certaine difficulté qu'on put atteindre le pédicule pour y faire quatre ligatures en chaîne, puis il fut coupé

et le kyste sorti. La cavité abdominale fut lavée avec une solution physiologique de sel de cuisine, le grand épiploon, de couleur un peu suspecte, fut réséqué en partie, les bords de la plaie furent réunis de manière à laisser une ouverture au milieu, par laquelle on introduisit un tamponnement de Mikulicz pénétrant assez loin entre les intestins.

En résumé, l'induration constatée n'était pas un abcès ordinaire, mais un kyste de l'ovaire gauche, situé presque en entier dans la partie supérieure de l'abdomen, y adhérant et ayant suppuré pendant la puerpéralité.

Après l'opération la température tomba et devint normale ; l'état de la malade devint satisfaisant.

Le 17, on retira le tamponnement imprégné du liquide sécrété par la plaie ; par l'ouverture de celle-ci on aperçoit les parois des intestins. Quelques sutures qui avaient été placées des deux côtés de l'incision pour être resserrées plus tard, sont nouées maintenant. On introduit une petite mèche de gaze.

Le 19, on diminue la mèche.

Le 20, lavement, évacuation.

Le 22, le bandage et la mèche sont changés. On enlève une suture sur deux.

Le 24, toutes les sutures sont enlevées. Réunion primitive de la plaie sur la périphérie ; au milieu, une cavité remplie de granulations. Tampon de gaze iodoformée.

Le 4 décembre la plaie est comblée presque au niveau de la peau. Aucun trouble pendant la guérison.

Le 8, il reste encore une granulation superficielle sur la plaie.

La femme sort bien portante de la maternité.

L'examen bactériologique de ce cas a été fait par M. A. Lindholm, chef de clinique, et nous en faisons le compte rendu d'après les résultats obtenus par M. Lindholm dans ses recherches :

Examen bactériologique du sang, le 11 novembre 1895. — Résultat négatif ; ponction d'une veine au pli du coude droit. Ensemencement dans deux tubes de gélose d'un peu plus d'un centim. cube de sang. Pas de culture.

Examen bactériologique des lochies. — Vu l'état de gravité de la malade, cet examen n'a pu être fait avec les mesures de précaution nécessaires pour éviter avec certitude le mélange avec la sécrétion du canal cervical. Dans les *préparations microscopiques*, on aperçoit des cellules de pus, des *gonocoques* typiques en nombre restreint, un petit nombre de minces *bacilles* ainsi qu'une grande quantité de *diplocoques* ovales qui se laissent colorer par le Gram.

Dans les *cultures* sur gélose inclinée, il se développe quelques rares colonies, dont il faut attribuer l'existence probablement aux impuretés provenant du canal cervical; on peut par conséquent les laisser de côté. Bien que les lochies contiennent des bactéries en grande quantité, comme on le voit à l'examen microscopique, la culture aérobie de ces dernières sur gélose donne pourtant un résultat négatif. L'infection streptococcique, forme ordinaire de l'infection pyogénique intra-utérine, n'existe donc pas ici. En même temps que les gonocoques, on aperçoit dans les lochies une grande quantité de diplocoques ovales, qui ne se développent pas non plus sur gélose dans les cultures aérobies. Malheureusement il n'a pas été fait de culture anaérobie. Nous reviendrons plus loin sur ces diplocoques.

Le 15. Pendant l'opération on recueille pour l'examen bactériologique:

1° Du liquide de la cavité abdominale ;

2° Le contenu du kyste.

On en fait ensuite des cultures sur gélose ordinaire, glucosée et glycérinée, aussi bien par les procédés aérobies ordinaires qu'en couches épaisses (d'après Liborius) pour les cultures anaérobies. Tous les tubes sont restés stériles.

Dans les préparations microscopiques faites avec de l'exsudat de la cavité abdominale, on aperçoit une quantité de globules rouges, un certain nombre de leucocytes mononucléés et polynucléés et quelques rares cocci allongés, groupés par deux pour la plupart, ayant la forme de diplocoques, mais disposés aussi en courtes chaînettes de 4 et quelquefois 6 individus.

Dans les préparations faites avec le contenu du kyste, on voit des globules rouges, des leucocytes en grand nombre, quelques grandes cellules rondes à gros noyau et des microcoques plus nombreux que dans l'exsudat péritonéal, surtout dans les prépa-

rations faites avec les produits du grattage de la paroi interne du kyste. Ces micrococoques affectent la même forme et la même disposition que ceux trouvés dans la cavité abdominale, à cela près pourtant que, dans le contenu du kyste, on ne voit que des diplocoques et pas de chaînettes.

Les diplocoques se trouvent ordinairement dans le voisinage immédiat des cellules ou à l'intérieur de celles-ci. Cela concerne surtout les préparations provenant de la paroi interne du kyste, lesquelles sont plus riches en cellules; par places, on aperçoit à l'intérieur des cellules, autour des noyaux, plusieurs diplocoques groupés irrégulièrement; les éléments qui constituent ces diplocoques sont disposés suivant l'axe.

Traités par les couleurs à base d'aniline (violet de gentiane, solution d'Ehrlich, fuchsine phéniquée, bleu de méthylène de Lœffler), les micrococoques ne se colorent que faiblement et d'une façon inégale, surtout ceux renfermés dans le plasma des cellules. Ils se décolorent en outre par le Gram.

Examen de la paroi du kyste. — La paroi mesure de 3 à 5 millim. d'épaisseur, elle a une structure lamellaire. Sur la coupe colorée, on voit du tissu conjonctif fibrillaire, dans les interstices duquel il y a des cellules fixes et des leucocytes en assez grand nombre, en partie mononucléés, en partie polynucléés; de plus, on aperçoit des vaisseaux dilatés. La couche interne de la paroi du kyste est infiltrée de cellules rondes. On observe ici, groupés irrégulièrement autour des noyaux, des diplocoques ovales de même forme et de même grandeur que ceux trouvés dans le contenu du kyste. Les bactéries ont par conséquent pénétré dans la paroi du kyste, mais on ne peut suivre plus loin leur route avec certitude à travers la paroi de la tumeur. Les cocci trouvés dans la paroi du kyste se décolorent par le Gram. La meilleure méthode de les colorer dans les coupes est de traiter ces dernières pendant plusieurs heures par le bleu de méthylène de Lœffler et de les décolorer ensuite pendant quelques secondes dans une solution d'acide acétique à 1 p. 100.

Le contenu du kyste, la paroi de celui-ci et l'exsudat péritonéal renfermaient, comme on vient de le voir, des cocci dont la présence doit, sans aucun doute, être mise en rapport avec l'infection putride du kyste.

De quelle nature sont ces bactéries ? Sont-elles identiques aux diplocoques ovales qu'on a trouvés en abondance dans les lochies, et quelle importance faut-il attribuer à ces dernières ?

Selon toute probabilité, il faut admettre dans ce cas une infection putride de la cavité utérine ; les troubles survenus pendant la puerpéralité ont été causés par des bactéries saprogènes.

Comme on l'a dit plus haut, il y avait dans les lochies, outre un petit nombre de gonocoques, des espèces microbiennes qui ne donnent pas de cultures aérobies. Ces microbes sont, pour la plupart, des diplocoques ovales qui prennent bien le Gram. J'ai trouvé de semblables cocci dans du pus d'odeur fécaloïde provenant d'un cas de pyocèle rétro-utérin et dans le pus d'une fistule abdominale, qui s'était produite à la suite de l'extirpation d'un pyosalpinx adhérent à l'intestin; outre les diplocoques de la forme décrite ci-dessus, il y avait aussi d'autres espèces : bâtonnets et cocci de grandeur et de forme variables. Ces bactéries ne se laissent pas cultiver dans les milieux nutritifs à l'air libre ; une fois seulement, dans une culture sur gélose glucosée en couches profondes, j'ai réussi à isoler une espèce de cocci de forme ovale. Elles appartiennent à un groupe de micro-organismes peu observés jusqu'ici, les bactéries saprogènes, exclusivement anaérobies, douées de la propriété de déterminer une décomposition putride de l'albumine. Je suis d'avis de ranger dans la même classe les diplocoques et les bâtonnets trouvés dans les lochies de la femme en question, bien que je n'aie pas réussi à les obtenir en culture pure et que je n'aie pu approfondir l'étude de leurs propriétés.

Dans un ouvrage récemment paru, Krœnig (1) donne d'importants éclaircissements sur la présence des bacté-

(1) Menge und Krœnig. *Bakteriologie der weiblichen Genitalkanales.* Leipzig, 1897.

ries anaérobies dans les lochies des femmes atteintes d'infection puerpérale saprémique. Il a isolé des lochies plusieurs espèces exclusivement anaérobies, entre autres des diplocoques et de fins bâtonnets. Il faut vraisemblablement rapporter à ces espèces étudiées par Krœnig les bactéries dont j'ai constaté la présence dans les lochies ; mes conjectures sur la nature de ces bactéries ont été ainsi vérifiées ultérieurement.

Je ne puis décider avec certitude si les cocci trouvés dans le kyste sont identiques aux diplocoques des lochies, puisqu'il n'a pas été possible d'en obtenir des cultures pures et d'étudier de plus près leurs propriétés. Quant à leurs caractères morphologiques, on peut dire que les cocci du kyste sont un peu plus petits que les diplocoques trouvés dans les lochies, si du moins leur forme est assez semblable ; de plus, les diplocoques des lochies se colorent bien par le Gram, tandis que ceux du kyste se décolorent par cette même méthode et qu'ils montrent en général une faible affinité pour les couleurs à base d'aniline. Pourtant ces différences morphologiques peuvent s'expliquer, si l'on admet que les diplocoques trouvés dans le contenu du kyste sont dans un état de dégénérescence. Ils ont perdu même la faculté de se développer dans les milieux nutritifs artificiels. Même en culture anaérobie, dans une couche profonde de gluco-gélose, aucune végétation n'apparaît, tandis que les diplocoques des lochies, par analogie avec ceux étudiés par Krœnig, se seraient probablement développés si les tentatives de culture avaient été faites de la manière qui vient d'être dite.

Le liquide du kyste leur a fourni un milieu nutritif convenable, et ils se sont trouvés dans des conditions anaérobies favorables ; ils se sont rapidement développés, mais après avoir bientôt absorbé les matières nutritives, ou bien donné lieu à des productions nuisibles à leur propre existence, ils meurent peu à peu. On peut cependant les voir encore dans les préparations colorées, et le liquide dans lequel ils se sont développés possède encore des propriétés toxiques,

pyrétogènes. La marche clinique, à la suite de l'opération parle aussi en faveur de cette hypothèse : aussitôt après l'extirpation du kyste, la température est tombée, et il s'est immédiatement produit une amélioration évidente dans l'état de la malade.

Si l'on compare la marche clinique de la maladie avec les résultats de l'examen bactériologique, il ressort ce qui suit :

Chez une jeune femme ayant un kyste de l'ovaire, qui ne s'était manifesté par aucun symptôme auparavant, il survint pendant la puerpéralité une infection qui fit abcéder la tumeur, et une forte fièvre se déclara. Quand il s'agit de déterminer la porte d'entrée de l'infection, l'attention se porte, dans ces circonstances, en premier lieu sur le canal génital. Or, nous sommes bien en présence d'une infection intra-utérine, car on trouve dans les lochies un grand nombre de micro-organismes, tandis que dans les couches normales elles en sont, comme on le sait, exemptes.

Bien qu'il n'y ait pas de témoignages probants de l'identité des diplocoques trouvés dans le kyste avec ceux des lochies, il est pourtant plus que probable que ces cocci ont passé de la cavité utérine dans le kyste; de même qu'un abcès de l'ovaire peut survenir dans une infection puerpérale par les streptocoques, ils ont probablement pénétré dans le kyste par les voies lymphatiques ou par les thromboses des veines, et produit à la suite une décomposition putride.

Il y avait aussi une infection péritonéale, car on trouva dans l'exsudat péritonéal des bactéries du même genre. On n'a pu s'expliquer par quelle voie ces micro-organismes ont pénétré dans la cavité abdominale ; il est possible qu'ils aient traversé la paroi du kyste, car les couches internes de celle-ci renfermaient des bactéries, pourtant il n'a pas été possible de les suivre plus loin à travers la paroi du kyste.

Ajoutons que Menge vient de publier des recherches minutieuses sur un cas de péritonite putride avec issue mortelle, causée par un diplocoque ovoïde, exclusivement anaé-

robie, qui, dans une opération pour un pyosalpinx, avait passé de la trompe de Fallope dans la cavité péritonéale Par conséquent, ces bactéries saprogènes anaérobies peuvent être pathogènes pour le péritoine. Dans notre cas la malade s'est rétablie, bien qu'il y eût dans la cavité abdominale une sécrétion séreuse infectée.

L'infection d'un kyste de l'ovaire réellement préexistant peut être causée par différentes espèces de micro-organismes: les saprophytes, les microbes pyogènes et septiques, le bacterium coli commune, le gonocoque, les bacilles du typhus et de la tuberculose. Pour tous ces micro-organismes, le contenu liquide d'une tumeur ovarique peut, dans certaines circonstances, servir de milieu nutritif convenable dans lequel ils se multiplient et amènent ainsi secondairement des changements dans la composition de ce milieu nutritif et dans la paroi du kyste. Ces changements sont accompagnés de symptômes cliniques et exigent souvent l'intervention de l'opérateur.

Mangold (1) qui, sur l'invitation de Bumm, à Bâle, a réuni les principaux cas d'infection de kyste de l'ovaire antérieurement publiés, prétend que le liquide du kyste n'offre pas un milieu nutritif également favorable au développement de tous les micro organismes et que la nature du liquide paraît avoir une influence importante sur leur développement. Plus le contenu du kyste est visqueux et épais et riche en substance colloïde, plus les micro-organismes ont de peine à se développer ; tandis qu'un liquide plus séreux et plus fluide forme un bon milieu nutritif, même pour les gonocoques, qui ne se laissent pas cultiver du reste si facilement. Le contenu d'un kyste récemment ponctionné, peut aussi, comme le sang et les autres liquides de l'organisme, posséder des propriétés bactéricides. Toutes ces circonstances expliquent des phénomènes cliniques qui sans cela resteraient incompréhensibles.

---

(1) *Ueber die Infection der Ovarialkystome.* Inaug. Diss., Basel 1895.

Le nombre des cas pour lesquels nous devons admettre, d'après les idées qui ont cours, qu'il y a eu infection du kyste, est certainement considérable, mais la description de ces cas est ordinairement si défectueuse qu'on peut rarement en déduire une conclusion certaine, et le plus souvent il n'y a pas eu d'examen bactériologique sérieux.

L'infection par les *saprophytes* est la plus ordinaire et était très commune à l'époque où les ponctions jouaient un si grand rôle dans la thérapie des kystes de l'ovaire.

L'infection était ordinairement causée par le contact d'un instrument malpropre, par la peau, ou par l'air. Il faut aussi admettre la possibilité pour ces micro-organismes de pénétrer dans le kyste par les vaisseaux sanguins dans les affections pyémiques, ou directement des cavités voisines, surtout des intestins. Weil (1) explique une pareille décomposition « spontanée » du contenu du kyste en disant que les matières causant la décomposition putride ou les bactéries sont venues dans le kyste par les vaisseaux sanguins. Olshausen (2), au contraire, dit que les organismes amenant la décomposition proviennent le plus souvent des intestins, ordinairement quand il y a de larges et fortes adhérences entre la paroi du kyste et plusieurs anses d'intestin et surtout à la suite d'une torsion du pédicule. Aronson (3) partage l'opinion de Weil, attribuant la plus grande importance aux lésions mécaniques qui préparent un terrain favorable au passage des bactéries circulant dans le sang. Thorn (4), à son tour, se range à l'avis d'Olshausen et repousse l'opinion de Günther (5) : que la torsion du pédicule doit naturellement amener une inflammation, une sécrétion de pus, la gangrène et la putréfaction. C'est un fait bien connu

(1) *Prager med. Wochenschrift*, 1878, n° 48, p. 432.

(2) *Die Krankheiten der Ovarien*, p. 105.

(3) *Zur Ruptur, Vereiterung und Achsendrehung von Ovarialcysten*. Diss. Zürich, 1883.

(4) *Ueber die Achsendrehung der Ovarientumoren*. Diss. Halle, 1877.

(5) *Ueber die Achsendrehung der Ovarientumoren*. Diss. Berlin, 1879.

qu'une simple torsion du pédicule, même si elle interrompait complètement la circulation, ne serait pas suffisante pour causer la putréfaction. Mangold, qui trouve que l'opinion d'Olshausen comporte en elle-même quelque vraisemblance, prétend que la putréfaction apparaît à la suite de la torsion du pédicule seulement quand il y a une infection secondaire avec des *bactéries putréfiantes*. Cependant, on ne peut expliquer le fait qu'il y a souvent de fortes adhérences entre les intestins et le kyste sans qu'il y ait pour cela de putréfaction, et que dans d'autres cas, où il n'y a que de légères adhérences ou même pas du tout, la putréfaction survient. Il ne faut pas oublier non plus que les adhérences se produisent ordinairement quand le contenu du kyste est déjà entré en putréfaction.

On peut expliquer la putréfaction du contenu du kyste pendant la puerpéralité, d'après Mangold, par l'introduction de saprophytes provenant des intestins quand il y a eu pendant l'accouchement des lésions mécaniques, qui de leur côté ont contribué à la formation d'adhérences. Mais cette explication ne convient pas à tous les cas de putréfaction pendant la puerpéralité; il faut aussi admettre une infection par les voies sanguines. Cette dernière peut se produire de deux manières : à la suite d'une endométrite putride, une veine thrombosée sera infectée au placenta, infection qui par cette voie se propage dans le plexus spermatique, de celui-ci par les veines dans la paroi du kyste, et finalement la matière infectieuse pénètre dans la tumeur. La phlébite diminue, mais l'infection du kyste ne disparaît pas. L'autre manière serait, que dans le cas d'une endométrite putride les bactéries qui sont dans la circulation trouvent dans le contenu du kyste un terrain favorable à leur développement, tandis qu'elles sont bientôt détruites dans les autres parties de l'organisme.

Les symptômes de la putréfaction du contenu du kyste comme les frissons, la fièvre, l'accélération du pouls, indiquent pourtant une marche moins violente dans les cas où

l'état général est moins grave, que dans les infections septiques. La déperdition des forces est plus lente. Les symptômes locaux sont aussi moins accusés. L'accroissement rapide du kyste, parfois accompagné de la formation de gaz, décèle souvent la putréfaction.

L'ovariotomie, qui est toujours indiquée dans les cas de putréfaction de tumeurs, est une des opérations les plus utiles, car on aura rarement l'occasion de voir une amélioration aussi rapide dans l'état du malade qu'après cette opération. Si l'on parcourt dans Spencer Wells et Keith la description des premières ovariotomies dans les cas de putréfaction, on voit que c'est justement le succès dans les cas où les malades étaient considérées comme perdus, qui a contribué à rendre cette opération générale.

L'infection septique des kystes de l'ovaire est causée par des micro-organismes pyogènes : le streptocoque pyogène, le staphylocoque doré, le blanc et le jaune (citreus). Dans la plupart des cas où le contenu du kyste est visiblement purulent, on peut admettre que l'infection a été causée par des cocci pyogènes. Pourtant il ne faut pas oublier que le bacterium coli peut être pyogène et que l'on peut trouver du pus sans qu'il y ait pour cela des micro-organismes, ou du moins sans que ces derniers jouent aucun rôle.

La cause de l'infection septique dans les tumeurs ovariques est en premier lieu la ponction, qui introduit des cocci pyogènes trouvant dans le contenu un terrain favorable, que ces derniers soient seuls ou associés à d'autres micro-organismes, surtout les saprophytes. Dans la puerpéralité l'infection septique du kyste peut se produire par quatre voies : 1) par la voie des lymphatiques à l'ovaire ou au pédicule et de là à la tumeur ; 2) dans la péritonite pelvienne la matière infectieuse pénètre dans le kyste par son enveloppe péritonéale ; 3) par les vaisseaux sanguins directement, ou par les thromboses des veines qui s'étendent du placenta au ligament large, ou au pédicule, ou indirectement dans l'état pyémique, lorsque les matières infectieuses en

circulation dans le sang s'attachent immédiatement au kyste, ou y pénètrent par l'intermédiaire des parties détachées de thrombus infectés ; 4) par la trompe de Fallope. Même si l'infection puerpérale diminue, les microbes du kyste peuvent conserver longtemps leur caractère virulent.

Dans l'infection septique des tumeurs ovariques, à l'opposé des infections putrides, il y a presque toujours de l'inflammation dans l'enveloppe péritonéale de la tumeur, et des adhérences aux organes voisins. Les symptômes sont variables, présentant parfois une violente réaction locale avec de grands troubles dans l'état général, offrant d'autres fois de légers troubles locaux sans influence particulière sur la malade.

Lorsque l'ovariotomie est indiquée, dans les cas d'infection putride, Mangold trouve qu'il est difficile de déterminer avec certitude le moment de procéder à l'opération; plusieurs cas nous ont montré, en effet, qu'il peut se trouver des foyers septiques dans les adhérences, autour des tumeurs, lesquels peuvent être ouverts pendant l'opération et vidés de leur contenu dans la cavité abdominale. Surtout dans les infections puerpérales le danger d'une infection générale causée par l'opération serait grand, puisque la mortalité dans cette opération s'élève, d'après la statistique de Mangold, à 35 p. 100.

On trouve assez souvent dans les publications des observations analogues d'infection du contenu du kyste de l'ovaire après une ponction ou une incision, mais jusqu'ici le contenu du kyste a rarement été examiné au point de vue bactériologique.

Dans la plupart des cas d'extirpation de kystes infectés de l'ovaire, soit pendant la puerpéralité, soit indépendamment de celle-ci, il n'a pas été fait d'examen bactériologique du contenu du kyste ou de sa paroi, ni d'essais de culture ou d'inoculation. On trouve pourtant déjà quelques descriptions d'examens bactériologiques de kystes de l'ovaire infectés.

Mangold (1) rapporte un cas opéré par Bumm en 1893 montrant la variété des micro-organismes qui peuvent se développer à la suite d'une ponction dans une tumeur ovarique.

Une femme mariée, âgée de 58 ans, avait déjà en 1886, dans l'abdomen, une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte; en 1890 cette tumeur avait atteint le volume d'un utérus vers la fin de la grossesse. En 1892, elle augmenta rapidement et provoqua une forte dyspnée, on dut pratiquer une ponction le 13 avril 1893. Cependant la grosseur s'accrut avec tant de rapidité qu'on pratiqua une seconde ponction à la fin de juillet. Au commencement d'octobre, il fallut entreprendre une troisième ponction, qui fut immédiatement suivie de frissons, de fièvre et de diminution des forces.

Le 19 novembre on pratiqua l'ovariotomie. A la ponction du kyste, il sortit une grande quantité de liquide brun foncé, extrêmement infect, contenant des bulles de gaz, qui s'était amassé hors de la cavité abdominale; pourtant une partie du contenu du kyste avait coulé dans la cavité pelvienne, que l'on nettoya avec des compresses imbibées de solution phéniquée et que l'on draina par l'angle inferieur de la plaie. Le kyste fut extirpé. Après l'opération la fièvre cessa et la malade se rétablit.

A l'examen microscopique de la coupe de la paroi du kyste, on aperçut des bactéries en groupes, surtout des cocci du genre des zooglées et, en outre, des bâtonnets épais et courts ainsi que des bacilles allongés. Avec du liquide recueilli du kyste, on fit cinq cultures sur gélose qui au bout de deux jours offrirent déjà une vive végétation avec une production de bulles de gaz. A l'aide de ces cultures, on a obtenu dans le vide : 1) le staphylocoque blanc pyogène, qui est aussi aérobie, 2) un très petit diplocoque seulement anaérobie, avec production de gaz, 3) un bacille épais et court semblable au bacterium coli commune, avec production de gaz, aérobie et anaérobie, 4) un champignon de ferment, coloré en rose, se développant en culture aérobie, 4) un champignon de moisissure, qui ne peut être déterminé d'une façon plus précise, se développant en taches gris blanç à la surface de toutes les plaques.

(1) *Loc. cit.*, p. 8.

BUMM (cité par MANGOLD, *loc. cit.*, p. 48) diagnostiqua, le 10 février 1893, à la suite d'un accouchement, un kyste qu'il extirpa le 5 juin. Ce kyste avait causé de la fièvre et des symptômes de péritonite, et était recouvert partout de fraîches adhérences fibrineuses.

A l'examen microscopique du contenu, de couleur brun foncé, on voit des cellules de pus, des filaments de fibrine et de nombreux cocci en chaînettes. Dans la culture sur gélatine se développent des streptocoques.

Dans du bouillon, on aperçoit de nombreuses colonies en longues chaînettes. Quelques cavités des parois de la tumeur renferment du pus avec des streptocoques.

Dans ce cas les streptocoques étaient restés virulents pendant trois mois dans le pus du kyste et dans les amas de pus enkystés dans le péritoine. La malade est morte le jour même de l'opération.

TAVEL et LANZ (*Ueber die Ætiologie der Peritonitis. Mittheilungen aus klinischen und medicinischen Instituten der Schweiz*, p. 116) ont fait l'examen du contenu de deux kystes dermoïdes provenant des deux ovaires opérés en 1892. Le contenu d'un des kystes était fluide, verdâtre, ayant une odeur infecte, présentant l'épithélium pavimenteux, des globules de pus désagrégés et les bactéries suivantes : 1) des cocci groupés comme les staphylocoques; 2) des bacilles ayant des renflements en forme de crosse (mit kolbenförmigen Anschwellungen), par 2 ou en groupes ressemblant beaucoup au bacille de la diphtérie; 3) des bacilles courts et épais ressemblant au bacterium coli; 4) des diplocoques souvent par tétrades comme les gonocoques, ne prenant pas le *Gram*. Dans les cultures sur gélose inclinée, parmi les nombreuses colonies de micro-organismes ayant l'aspect de bacterium coli, on aperçoit aussi des staphylocoques et des bacilles rappelant les bacilles de la diphtérie.

HERZFELD (*Klinischen Bericht über 1000 Bauchhöhlen Operationen*, 1895, p. 148, cit. par MANGOLD, *loc. cit.*, p. 64) rapporte le cas d'un kyste dermoïde chez une fille de 16 ans; le contenu était sanguinolent et mélangé de lambeaux de tissu ; il renfermait des staphylocoques. La malade mourut de septicémie trois jours après l'opération.

SCHAUTA, cité par MANGOLD (*loc. cit.*, p. 64), extirpa en 1895 un

kyste de l'ovaire où il y avait torsion du pédicule. Le liquide ne contenait que quelques rares diplocoques. La malade mourut de pneumonie huit jours après l'opération.

Bloch. — (Remarques à propos de 40 ovariotomies. *Hospitals Tidende*, 10 janvier 1894, p. 35.) — Kyste intra-ligamentaire. On en tira 150 c.c. d'un liquide visqueux, jaune, épais, purulent et d'une odeur infecte; il renfermait des diplocoques, des streptocoques et des bacilles. La malade avait de la fièvre avant l'opération et elle avait été ponctionnée deux jours avant l'extirpation. Pendant l'opération les adhérences furent détachées. Malgré l'irrigation de la cavité péritonéale avec de l'acide borique et l'introduction d'un drain dans celle-ci, la malade mourut le troisième jour après l'opération.

Chez une malade qui avait un kyste multiloculaire intra-ligamentaire très friable, que l'on détacha avec beaucoup de difficulté de la cavité pelvienne, le contenu du kyste, semblable à de la gelée et purulent, renfermait des staphylocoques offrant en culture un aspect jaune blanc. Malgré un lavage fait avec soin, la malade eut une péritonite pelvienne et mourut six jours après l'opération.

Dans le contenu (1,500 c. c.) d'un kyste parovarique de couleur brun foncé, fortement mélangé de sang, on trouva le staphylocoque pyogène blanc en culture. L'opération avait été compliquée et avait exigé plusieurs manipulations; il se peut qu'une partie du contenu du kyste ait pénétré dans la cavité abdominale; la malade mourut quatre jours après l'opération.

Werth (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1893, n°s 21, 25), — 29 ans. Typhus en octobre et novembre 1891. Admise le 2 juin 1892. Dans l'abdomen, une tumeur elliptique, mobile, s'étendant obliquement vers la droite. Ovariotomie le 4 juin 1892. Le kyste part du ligament large gauche; pas de torsion du pédicule. Le contenu est un pus renfermant des masses adipeuses isolées et des poils courts. Guérison. Les cultures du contenu faites sur gélatine n'ont donné que le bacille d'*Eberth*.

Sudeck (*Münchener med. Wochenschrift*, n° 21, 1896). — 32 ans; avait eu le typhus 7 semaines auparavant; il y a 3 semaines on remarqua que l'abdomen avait augmenté de volume. Dans l'hypogastre on trouve une tumeur dont le sommet remonte un peu au-dessus de l'ombilic. Fièvre hectique. Ovariotomie le

11 novembre 1895. Tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant de 10 ans. Adhérences à l'utérus et au péritoine pariétal. Kyste uniloculaire, à paroi d'un centim. d'épaisseur, recouverte à l'intérieur d'un pus épais et de fibrine. Contenu de couleur chocolat, d'odeur infecte, flocons de pus épais. A l'examen microscopique, on ne voit pas de bactéries. Culture sur trois plaques de gélose glycérinée, à l'air et dans le vide. Il se développe de nombreuses colonies d'un seul genre de bacille, que l'on reconnait pour le bacille d'Eberth. Dans la paroi de la tumeur on trouve le diplococcus lanceolatus (Fränkel)? La malade se rétablit.

Lohlein (*Zeitschrift f. praktische Aerzte*, 1896, Heft 7). — 32 ans; accouchée le 22 avril 1895. Pendant les couches l'abdomen augmente de volume et la fièvre se déclare. Laparotomie le 24 juillet 1895. Le péritoine pariétal est épaissi, adhérant partout à la tumeur.

Incision du kyste, 12 litres, liquide floconneux, jaune verdâtre, puriforme. Kyste intra-ligamentaire, adhérant fortement au côlon. Extirpation, sauf une petite partie de la paroi. Introduction d'un drain par l'angle inférieur de la plaie. Aussitôt après l'opération, le pouls descend de 144 à 106; la fièvre diminue aussi; température 37°. Dans le contenu du kyste on trouve le bacterium coli commune.

Menge (*Bakteriologie der weiblichen Genitalkanales* von Menge und Kronig. Leipzig, 1897, I, p. 308). — Un kyste dermoïde à parois extrêmement minces avait été lésé à l'examen de la femme. Des symtômes de péritonite étant survenus, on entreprit la laparotomie 12 heures après. Dans la cavité abdominale on trouve une abondante masse purulente, fluide, d'odeur infecte et renfermant des flocons de fibrine. La séreuse intestinale est couverte de fibrine et a un aspect mat. La tumeur, flasque, de la grosseur d'une tête d'adulte, encore à moitié pleine, avait été rompue en un endroit, d'où s'écoulait un liquide semblable à celui qui s'était répandu dans la cavité abdominale. C'est à grand'peine que l'on put détacher la tumeur de ses adhérences avec l'intestin. La femme mourut d'une péritonite 36 heures après l'opération. Il y avait dans l'exsudat de la cavité abdominale et dans la tumeur un grand nombre de bacterium coli, qui, en culture, se sont développés d'une façon typique. Au microscope, la paroi de la tumeur présentait les signes d'une inflammation suraiguë, mais on ne put y constater la présence de bacilles.

Dans un autre cas de kyste dermoïde avec torsion du pédicule et adhérences à l'intestin grêle, la paroi de la tumeur se rompit pendant l'extirpation, et un liquide purulent et infect se répandit dans la cavité abdominale. La paroi de l'intestin fut aussi lésée en un endroit, mais elle fut immédiatement refermée sans donner le temps au contenu de l'intestin de s'échapper. Malgré un lavage soigneux de la cavité abdominale, la femme mourut d'une péritonite 8 jours après l'opération. L'examen bactériologique donna le même résultat que dans le cas précédent. L'examen de la paroi n'a pas été fait.

Dans deux cas de kystes de l'ovaire de moindre grosseur, à contenu putride, et qui avaient contracté sur une grande étendue de fortes adhérences avec les organes voisins, surtout avec l'intestin, on put faire l'extirpation de la tumeur et la débarrasser de ses adhérences sans léser les parois. L'intestin est resté intact. Dans l'exsudat infect de la tumeur (kystadénomes), on trouva des micro-organismes en culture pure ; dans l'une, le bacterium coli ; dans l'autre, le bâtonnet d'un saprogène anaérobie, qui dans la gélose glucosée donna une végétation active avec formation d'assez nombreuses bulles de gaz. Dans le premier cas, la paroi de la tumeur manquait presque complètement d'épithélium, elle était fortement infiltrée de petites cellules et présentait de nombreux foyers hémorrhagiques.

Bouilly (De la suppuration des kystes de l'ovaire. *La Gynécologie*, 15 juin 1896, p. 210). — Femme de 38 ans, IIparc, entra à la clinique le 30 mai 1896. Il y a trois ans environ, elle a senti son ventre grossir. Il y a six mois, au moment d'une crise fébrile, un médecin pratiqua une ponction exploratrice et retira un peu de liquide qui n'était pas purulent. L'état général est très mauvais, pas de fièvre. L'abdomen est rempli par une tumeur remontant en haut jusque sous les fausses côtes. On fait une ponction qui donne issue à un pus crémeux, bien lié, sans odeur : 2 litres et demi. Laparotomie. Le kyste à parois très épaisses est formé de plusieurs poches ; la principale occupe la partie antéro-latérale droite de la tumeur ; elle est tapissée par une membrane jaunâtre, granuleuse, analogue à la membrane pyogénique d'un abcès froid : c'est elle qui était suppurée. La paroi du kyste renferme dans son épaisseur une série de petits kystes à contenu variable. Les uns renferment du liquide séreux, les autres du liquide

hématique. A la face antéro-supérieure du kyste existait une large adhérence épiploïque et une solide adhérence pariétale ; elles sont très anciennes et très organisées, elles n'existent pas dans la région du kyste suppuré. Dans tout le reste de sa surface le kyste ne présente aucune adhérence. Le kyste fut extirpé facilement. Guérison. L'examen bactériologique du pus y a démontré la présence unique du staphylocoque blanc.

TROIS OBSERVATIONS DE SUPPURATION DE KYSTES DE L'OVAIRE

Par le Dr **Ed. Schwartz**,
Chirurgien de l'hopital Cochin.
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Dans deux des observations qui vont suivre, il s'agit de suppurations survenues à la suite d'un accouchement; il est difficile de ne pas admettre dans les deux cas, surtout dans le premier qui est, me semble-t-il, typique, une infection post-puerpérale ayant amené la suppuration d'un kyste préexistant.

Dans la troisième il s'agit d'une suppuration survenue chez une jeune fille de 22 ans, entachée de tuberculose, sans qu'il nous ait été possible de trouver d'autre cause à sa suppuration.

OBSERVATION I

Marie R..., âgée de 34, ans journalière, entre à la Charité le 13 juillet 1891. Réglée à 12 ans et demi, elle a eu 8 enfants dont 4 sont vivants. Elle vient d'accoucher du 8e le 4 juillet, après avoir traversé une bonne grossesse ; elle s'est bien aperçue que son ventre était plus gros que lors des précédentes et qu'après l'accouchement il n'était pas revenu sur lui-même. Elle fut prise, le 4e jour après l'accouchement, de douleurs très vives, de vomissements, de fièvre avec frissons répétés ; ce qui la fit admettre dans un service de médecine, salle Beau. On diagnostiqua une péritonite post-purpérale pour laquelle elle fut soignée

pendant deux mois. La veille de son passage dans le service de chirurgie on a retiré du ventre 2 litres de pus par une ponction, et on nous l'adresse avec le diagnostic de péritonite purulente.

Nous constatons les symptômes que voici : femme amaigrie, à visage terreux plombé, dans le demi-coma, ne répondant que difficilement aux questions : pouls 140; température variant de 39°,5 à 40°. Ventre très augmenté de volume, saillant en pointe, mais avec de la sonorité sur les flancs qui ne se déplace pas; matité partout ailleurs. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement; urines normales; large eschare au sacrum. Étant donnés les signes d'enkystement, les commémoratifs et la marche, nous pensons à un kyste ovarique suppuré plutôt qu'à une péritonite, et malgré l'état général précaire nous nous décidons à une laparotomie, seule chance de salut pour notre malade. L'opération est faite incontinent. Incision de la paroi anesthésiée par la solution de chlorhydrate de cocaïne au 1 p. 100; issue d'une grande quantité de liquide purulent mélangé de masses gélatineuses, de gros grumeaux caséeux. On reconnaît qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire suppuré, rompu sous la paroi, adhérent de toutes parts excepté en avant. Dès lors on donne à la malade du chloroforme et on procède au décollement d'un énorme kyste de l'ovaire largement incisé et évacué de son contenu. Le kyste est adhérent partout au péritoine pariétal antérieur et latéral. Là il n'y a que de très molles adhérences intestinales. L'extraction se fait facilement; le pédicule, assez long, n'est pas tordu et est lié en deux parties. Comme le péritoine a été inondé de pus, on procède à un lavage avec 10 litres d'eau bouillie chaude, on assèche bien toute la cavité péritonéale, puis comme la malade est très bas, on se dépêche, pendant qu'on la pique à la caféine et à l'éther, de refermer le ventre par un unique plan de sutures laissant en bas passage à deux gros drains plongeant dans le petit bassin. Elle est réchauffée et reportée dans son lit. Glace sur le ventre. Champagne. Injections de caféine et d'éther. Les premiers jours se passent assez bien; les drains sont retirés le 4e et le 6e jour; elle a été à la selle dès le 3e jour. Le 7e jour la température, qui était tombée à 38°, remonte à 40° et on constate tous les signes d'une pneumonie des 2/3 inférieurs du poumon droit, qui évolue normalement. La malade, opérée le 7 septembre, peut être considérée comme hors de danger le 25 septembre. Elle reste dans le

service jusqu'en novembre et sort guérie complètement. Je l'ai revue depuis en excellent état.

C'est là certes un des cas les plus graves qu'il m'ait été donné d'opérer avec succès et j'avoue que d'avance je croyais la partie perdue ; un seul phénomène me donnait quelque assurance, c'était l'intégrité du filtre rénal et la conviction qu'il ne s'agissait pas d'une péritonite généralisée à laquelle la malade n'aurait certes pas résisté aussi longtemps.

Observation II

Il s'agit d'une femme de 38 ans, qui me fut adressée par un de mes confrères en février 1896, pour une tumeur du ventre qui s'était montrée très rapidement après un accouchement, alors que pendant la grossesse il n'y avait eu aucun indice de sa présence. A. L... a accouché il y a 4 mois après une grossesse normale ; l'accouchement fut long et laborieux ; la malade resta couchée pendant un mois au moins avec de la fièvre et des signes non équivoques de péritonite. Une fois les accidents aigus disparus, on s'aperçut de la présence de la tumeur actuelle qui présente au premier abord la physionomie d'une nouvelle grossesse au 5e ou 6e mois.

L'inspection nous montre en effet une voussure à peu près médiane de l'hypogastre remontant jusqu'à l'ombilic. La percussion décèle de la matité sur toute l'étendue de la tumeur qui à la palpation est rénitente, voire même franchement fluctuante.

Au toucher vaginal le col est long, non entr'ouvert, laissant écouler pas mal de mucosités ; les culs-de-sac sont effacés de chaque côté ; le cul-de-sac antérieur est bombé et la fluctuation se transmet de la paroi abdominale au vagin.

Rien du côté des urines ; aucune élévation de température, mais affaiblissement général et quelques douleurs lancinantes dans le bas-ventre. Le diagnostic est hésitant entre une pelvipéritonite enkystée ou une tumeur liquide des annexes (ovaire ou trompe). Une ponction avec la seringue de Pravaz laisse sourdre du pus et nous décide à intervenir aussitôt.

Laparotomie le 18 février. Après incision de la paroi, on

tombe sur une poche qui a l'aspect d'un kyste ovarique enflammé; on en retire par la ponction un litre de pus couleur vert pistache; la poche étant largement adhérente à la paroi, on l'incise après protection de celle-ci, et on en retire encore autant de liquide purulent avec de nombreux grumeaux caséeux. Lavage de la poche à l'eau bouillie. Après cela, je cherche le plan de clivage dans le péritoine et j'arrive après quelques tâtonnements à énucléer un kyste à parois relativement minces qui est enclavé par sa base dans le ligament large sans que je puisse déterminer nettement son pédicule ; il n'y a plus d'ovaire de ce côté, c'est à ses dépens que s'est développé le kyste suppuré. Hémorrhagie en nappe assez abondante nécessitant un tamponnement à la Mikulicz.

Suites normales. Le tampon est retiré au bout de cinq jours. L'opérée nous quitte le 18 mars avec une fistulette non complètement fermée.

Observation III

Jeune fille de 22 ans, G. C..., entrée dans mon service à l'hôpital Cochin le 22 novembre 1895. Comme antécédents notables, à signaler un père mort tuberculeux ; la malade a eu une pleurésie vers l'âge de 10 ans ; elle s'enrhume assez facilement tous les hivers. Depuis l'âge de 14 ans, son ventre est plus volumineux, mais c'est depuis trois ans surtout qu'il a commencé à grossir. Il y a deux ans, quelques douleurs en même temps que l'augmentation de volume s'accentue.

Vers le milieu de l'année 1895 les douleurs s'accentuent et deviennent continues ; la voussure augmente du côté de la région ombilicale. Vers les premiers jours de novembre une rougeur diffuse apparait au-dessous de l'ombilic, et à son centre on voit se former quelques phlyctènes et du pus au-dessous d'elles.

C'est alors que la malade nous est adressée.

Elle est fatiguée, pâle, amaigrie ; le pouls est accéléré, la température ne dépasse pas 37°,5. Le ventre est gros, proéminent au niveau de l'ombilic et à droite ; rougeur et grosse phlyctène sous-ombilicale d'où la pression fait sourdre du pus.

Sonorité dans les flancs ; matité dans toute la région sous-ombilicale remplie par une masse dont il est difficile de déter-

miner la consistance et les contours, la pression étant très douloureuse. Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement.

L'examen de l'état général nous montre, en dehors de ce que nous avons déjà signalé, qu'il y a peut-être quelques lésions tuberculeuses au début du côté du sommet du poumon droit.

Nous pensons à une péritonite tuberculeuse suppurée ouverte au-dessous de l'ombilic et nous conseillons une intervention qui est acceptée.

Celle-ci est pratiquée le 26 novembre 1895. On incise directement au niveau du point suppuré de la paroi que l'on traverse et on arrive dans une cavité remplie d'un magma caséeux, jaunâtre. Nous nous apercevons bientôt que nous sommes dans une poche adhérente à la paroi, friable, se déchirant sous l'influence de la moindre traction ; le liquide purulent devient filant, comme gommeux et nous rappelle les liquides du kyste de l'ovaire mucoïde. C'était en effet un volumineux kyste de l'ovaire gauche, suppuré, que nous décortiquons plus ou moins facilement, que nous pédiculisons et extirpons en fin de compte en totalité. Au-dessous et en avant de lui, séparé par une nappe de suppuration, existe un nouveau kyste rempli de masses comme lipomateuses qui nous donnent au premier abord l'idée d'un épiploon infiltré. C'est, comme l'a démontré l'examen fait par le professeur Strauss, de la mucine concrète qui donne cette apparence. Ce second kyste de l'ovaire droit est extirpé comme le premier. La cavité péritonéale est lavée, nettoyée ; la paroi suppurée de l'abdomen est grattée au niveau de l'incision, touchée avec des solutions antiseptiques fortes, puis drainée en ayant soin d'isoler la cavité à l'aide d'un tamponnement sous-pariétal de gaze iodoformée. Drainage en haut et en bas de l'incision.

La malade, qui a assez bien supporté l'intervention, est reportée dans son lit; mais 24 heures après l'état général s'aggrave, le pouls devient filiforme, les vomissements s'installent avec tous les signes d'une péritonite généralisée qui l'emporte au bout de 48 heures, et que n'a pu arrêter un second lavage de toute la cavité péritonéale avec un drainage très largement fait par l'incision complètement désunie.

En somme, il s'agit ici d'une suppuration de kystes ova-

riques survenue chez une jeune fille que nous soupçonnions de tuberculose. L'examen du pus et des liquides a été fait au laboratoire du professeur Strauss qui n'a pu découvrir aucun microbe pyogène. L'inoculation n'a rien donné de positif.

SUR LE TRAITEMENT DU CANCER DU COL PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT, AVEC DEUX OBSERVATIONS

Par M. le Dr **N. Pobedinsky**,
Professeur agrégé à la Faculté de Moscou.

La plupart des auteurs modernes reconnaissent pour le plus rationnel de tous les modes de traitement du cancer du col pendant la grossesse, l'extirpation totale de l'utérus pratiquée le plus tôt possible, sans prendre souci de l'enfant. Cependant il est d'autres accoucheurs (Ahlfeld (1), Porak (2) qui préconisent le traitement palliatif tel que l'extirpation des seules parties envahies. Mais je ne crois pas que ce mode de traitement soit praticable même en cas de cancer au début, vu que l'amputation intra-vaginale (d'après la statistique de Theilhaber) (3) entraîne dix fois sur dix-neuf l'interruption de la grossesse et que, bientôt après ce traitement, il se produit souvent une récidive. Comme traitement radical donnant de bien meilleurs résultats peut être considérée l'amputation supra-vaginale du col dans les affections limitées de ce dernier. Mais ce procédé est aussi reconnu impraticable parce que, dans tous les cinq cas cités par Theilhaber (4), un avortement a eu lieu après cette opération ; la

---

(1) *Lehrbuch d. Geburtshülfe*, 1894, p. 222.

(2) *Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete d. Geburtsh. und Gynaekol.*, 1893, p.496.

(3) *Archiv f. Gynaekologie*, 1894, Bd. XLVII, Hft. 1, p. 56-108.

(4) *Loc. cit.*

marche et le traitement de cet avortement deviennent beaucoup plus compliqués s'il se produit aussitôt après l'amputation.

La plupart des accoucheurs recommandent donc de pratiquer l'hystérectomie vaginale totale durant les quatre premiers mois de la grossesse sans faire l'avortement préliminaire. Les suites de cette opération ont toujours été favorables : D'après Beckmann (1), les 14 malades qui avaient subi cette opération ont été guéries. Cette opération se fait d'ordinaire très facilement malgré le volume de l'organe. A une époque plus avancée de la grossesse l'extirpation totale de l'utérus se fait par la laparotomie. MM. Sp. Wells (2), Fritsch (2) et Ott (3) ont enlevé complètement l'utérus avec le col par la voie abdominale. L'issue de ces trois opérations a été favorable ; il n'y a que la malade de Sp. Wells qui a eu une récidive au bout d'un an. Stocker (2), Zweifel (2) et Fehling (4) ont pratiqué la laparotomie pour enlever l'utérus par le procédé de Porro, après quoi ils ont extirpé le moignon par le vagin. Trois malades opérées de cette manière par ces trois gynécologues ont été guéries, mais les deux de M. Zweifel sont mortes de septicémie. Deux malades de Mackenrodt (2), des trois opérées par lui, sont mortes après la laparotomie. Dans un cas de Cittadini (5), l'enlèvement de l'utérus a été pratiqué d'après le procédé de Freund au troisième mois de la grossesse, l'extirpation vaginale étant impraticable à cause d'un enchondrome du petit bassin ; la malade a été guérie.

L'extirpation totale de l'utérus à l'aide de la laparotomie ou au moyen de l'opération de Porro suivie de l'enlèvement du moignon par le vagin peut être remplacée par l'interrup-

(1) *Journal d'obstétrique et de gynécologie.* Saint-Pétersbourg, février 1896.

(2) Cités d'après Theilhaber.

(3) *Journal d'obstétrique et de gynékologie.* Saint-Pétersbourg, 1894, p. 981.

(4) *Monatschrift f. Geburtshülfe und Gynaekologie,* 1895, Bd. II, Heft 5.

(5) C'est le cas de Jacobs rapporté in *Annales de Gynécologie,* mars 1897.

tion artificielle de la grossesse suivie d'hystérectomie dans la période puerpérale. Ce dernier procédé fut appliqué trois fois par MM. Olshausen, Bouilly et Theilhaber (1). Toutes les malades ont été guéries. Floel (1), Löhlein (1), Rimscha (3) et Ott (2) (Ott l'a fait deux fois) ont pratiqué l'hystérectomie bientôt après l'accouchement à terme et chaque fois l'issue fut favorable. Tous ces opérateurs notent la facilité avec laquelle l'utérus puerpéral a été enlevé. Cependant je ne crois pas qu'il soit possible d'avoir recours à l'accouchement prématuré dans les cas de cancer du col où nous pouvons enlever tout le néoplasme dans la période puerpérale. Ce procédé n'est indiqué que lorsque le cancer n'a pas encore envahi tout le col et lorsque les parois de ce dernier sont encore extensibles. Mais lorsque tout le pourtour du col est envahi par le néoplasme nous courons le risque de produire une rupture dangereuse du col de même que de l'utérus et d'avoir affaire à une infection dans la période puerpérale. De plus, si nous remettons l'opération radicale à quinze jours environ après l'accouchement, comme l'avaient fait les susdits auteurs, le cancer pourra se développer plus qu'il n'est à désirer.

Je viens d'exposer toutes les combinaisons par lesquelles j'avais à me guider dans le choix du mode d'opération dans le cas que j'ai opéré le 2 avril 1896 à l'hôpital de la Basmannaja, grâce à l'aimable permission de mon très honoré collègue L. Warneck et avec son assistance.

Anne F..., paysanne âgée de 35 ans, a été réglée à partir de 14 ans. Les règles revenaient toutes les trois semaines et duraient trois jours; peu abondantes, jamais douloureuses. Elle a eu six enfants. Pour la dernière fois elle accoucha au mois de juin 1895, deux mois avant le terme, d'un faible enfant qui mourut le jour de sa naissance. Les accouchements antérieurs se sont toujours

---

(1) Cités d'après THEILHABER.

(2) *Journal d'obstétrique et de gynécologie*. Saint-Péterbourg, 1894, p. 981.

(3) Cité d'après BECKMANN, *Loc. cit.*

passés régulièrement, elle n'a jamais eu de suites de couches pathologiques, elle a allaité elle-même tous ses enfants. Cette femme jouissait d'une bonne santé habituelle. Elle a eu ses dernières règles vers la mi-septembre et dès lors la malade souffrit tantôt d'hémorrhagie, tantôt de leucorrhée. A la fin du mois de février elle sentit les mouvements de l'enfant.

Status praesens. — La malade est très anémiée. Le pouls moyen de 116-120. A l'auscultation on constate au cœur le souffle systolique de l'anémie ; elle tousse quoiqu'il ne se manifeste rien dans les poumons. L'urine contient un peu d'albumine. Le fond de l'utérus dépasse de 2 pouces le niveau de l'ombilic. Au palper le sommet se présente au-dessus du détroit supérieur ; les bruits du cœur s'entendent à droite. A l'examen on note que la muqueuse du vagin est pâle. Au toucher vaginal on constate que toute la portion vaginale du col est envahie par un néoplasme, surtout la lèvre antérieure qui représente une tumeur fragile, fongiforme, saignante. L'infiltration passe sur les déchirures latérales du col dont la gauche atteint le cul-de-sac. Les culs-de-sac sont légèrement envahis. L'orifice du col étant entrouvert, l'index y pénètre facilement. Le diagnostic porté est le suivant : Cancer du col de l'utérus et grossesse de 7 mois.

Il fallait que nous nous décidions ou à pratiquer l'accouchement prématuré et ensuite l'hystérectomie vaginale dans la période puerpérale, ou bien à enlever l'utérus par la voie abdominale l'ayant préalablement incisé, pour en extraire l'enfant de 7 mois qui du reste avait peu de chance de survivre. Le premier procédé nous a paru peu praticable, parce que l'accouchement même d'un tout petit enfant aurait été très laborieux vu que le col était entièrement envahi et n'aurait pas pu se dilater suffisamment dans sa partie inférieure. D'ailleurs il aurait pu se produire une hémorrhagie notable du néoplasme et de toutes les déchirures possibles du col. Voilà pour quelle raison nous avons eu recours au dernier procédé. Ne voulant pas enlever totalement l'utérus par la voie abdominale, nous avons décidé de l'amputer d'après le procédé de Porro et d'enlever séparement le col par le vagin, afin que la cavité abdominale ne soit pas infectée pendant l'extraction du col envahi.

Opération. — La portion vaginale ayant été bien raclée à l'aide d'une curette tranchante et cautérisée avec le Paquelin, on fait

à la paroi abdominale une incision qui dépasse d'un pouce le niveau de l'ombilic et on ouvre la cavité abdominale. L'utérus est amené hors de l'abdomen et sectionné sur la ligne médiane; la section intéresse le placenta. L'enfant est extrait en état d'asphyxie légère et bientôt ranimé. Comme il se produit une hémorrhagie de la face interne de l'utérus on applique un lien élastique; on lie des deux côtés les ligaments larges ; ensuite le corps de l'utérus est enlevé avec les annexes et le moignon est suturé à la manière recommandée par M. Zweifel dans les myomotomies. Le lien étant enlevé l'hémorrhagie ne persiste plus. Cela fini, on extirpe le col et le moignon de la manière suivante : une incision circulaire de la portion vaginale ayant été faite, on décolle la vessie, on sectionne le cul-de-sac postérieur et on suture le péritoine avec la muqueuse vaginale. Ensuite le moignon est amené au dehors par le cul-de-sac antérieur; les ligaments larges sont étreints avec des pinces de Doyen, après quoi le moignon et le col sont sectionnés et enlevés.

L'abdomen ayant été suturé, on applique sur le ventre un bandage adhésif.

Les suites de l'opération furent favorables, sauf la toux qui dura tout le temps. La température n'a dépassé 37°,6 que le cinquième jour, où elle est montée à 38°. Au bout de 46 heures on enlève les pinces. Le douzième jour on enlève tous les fils. La plaie abdominale guérit *per primam intentionem*. Au bout de dix-huit jours on enlève les sutures du cul-de-sac postérieur. La malade sort de l'hôpital en parfait état. L'enfant a succombé le jour de sa naissance.

Grâce à l'aimable permisson de mon bien honoré chef M. le professeur A. Makejew, je me permets de citer encore un cas de cancer du col, pendant les couches, qui a été observé l'année passée à la clinique obstétricale de M. le professeur A. Makejew, à Moscou.

Le 31 mars 1895, à 2 h. et demie de l'après midi, entre à la Clinique Catherine, S..., paysanne, âgée de 38 ans, VIIIpare, ayant une hémorrhagie vaginale peu abondante. Les douleurs avaient commencé la veille à 10 heures du matin. La femme est très faible ;

on observe une balafre syphilitique au voile du palais; la température 37°,4 ; le pouls fréquent et faible.

A l'examen on constate que tout le vagin et le col de l'utérus sont envahis par des végétations fongiformes en voie de destruction ; l'orifice vaginal est ouvert de deux pouces ; les culs-de-sac sont complètement envahis. Le diagnostic est le suivant : Accouchement à terme dans sa première période ; enfant vivant, cancer du vagin, du col et des culs-de-sac. Pour sauver la vie de l'enfant on eut recours à l'opération de Porro, car il était impossible d'enlever tous les tissus envahis par le cancer en état de destruction.

Cette opération a été faite par M. Warneck avec fixation extra-abdominale du pédicule. L'enfant fut extrait vivant. Le lendemain de l'opération la température de la malade est montée à 38°,2, le soir à 38°,5 ; le surlendemain la malade est morte de collapsus cardiaque.

A l'autopsie, faite par M. le professeur Nikifurow, on trouva des végétations cancéreuses fongiformes en voie de destruction à la lèvre postérieure et à l'antérieure, une nodosité cancroïde de la grosseur d'un poing d'enfant dans le parametrium gauche et une moins considérable dans celui de droite. Infiltration du tissu cellulaire pelvien ; amas suppurants dans le cul-de-sac de Douglas ; endocervicite suppurante, ecchymoses peu considérables dans le péritoine à la région de l'ombilic avec une sécrétion suppurante là-dessus. Le péritoine à côté du moignon est couvert d'une abondante suppuration de même que l'épiploon. La paroi abdominale est en état d'infiltration phlegmoneuse. Ainsi l'autopsie montre que l'infection générale a pris naissance des nodosités d'un néoplasme cancéreux en état de destruction ichoreuse.

Dans les cas que j'ai cités il s'agit d'une forme de cancer très étendu qui ne peut pas être enlevé totalement. La littérature nous fait connaître que dans des conditions pareilles on a toujours pratiqué ou la césarienne conservatrice, d'après Sänger, ou l'opération de Porro. La statistique faite par Theilhaber constate la mortalité de 50 0/0 après l'opération de Porro (des 12 malades 6 sont mortes dans la période puerpérale), 38,4 0/0 après la césarienne conservatrice (des 13 femmes ne sont mortes que 5). Theilhaber recommande de

recourir à ce dernier procédé dans les cas où le col serait peu mobile, car alors la fixation extra-abdominale du moignon serait impraticable ; il recommande aussi de le faire dans les cas où le cancer envahit le segment inférieur de l'utérus. Mais dans ce dernier cas il est possible qu'il se produise de la gangrène du col à la suite de l'ablation du lien élastique et qu'elle provoque plus tard la péritonite.

Cependant je suis d'avis qu'une telle statistique si peu étendue ne prouve rien et que l'opération de Porro, avec la fixation extra-abdominale du pédicule, est de beaucoup préférable par cette seule raison qu'elle peut être terminée plus vite que la césarienne, ce qui a une grande importance car il s'agit toujours de malades très affaiblies. Mais en tout cas si nous avons affaire à un cancer inopérable notre devoir est de sauver la vie de l'enfant. S'il nous est encore possible d'enlever tout le néoplasme, il vaut mieux faire l'extirpation totale de l'utérus tout de suite après la césarienne que de remettre l'hystérectomie à la période puerpérale. Au début d'un faible envahissement du col, il se produit souvent un accouchement spontané ou bien on le provoque *per vias naturales* soit à l'aide de dilatation et d'incision du col, soit au moyen de la version, du forceps et de la perforation. Il est évident que le choix de telle ou telle autre opération dépendra des particularités individuelle du cas donné. Si l'accouchement se produit par les voies naturelles, le meilleur mode est de suivre le traitement radical du cancer dans la période puerpérale en enlevant l'utérus par le vagin.

TENDANCES PROLIFÉRATIVES ET DÉGÉNÉRATIVES DU PLACENTA RETENU DANS LA CAVITÉ UTÉRINE

Par MM. **Audebert** et **Sabrazès**
(de Bordeaux).

Un débris placentaire retenu dans la matrice au cours d'un avortement ou d'un accouchement à terme n'est pas

fatalement voué, de ce chef, à la décomposition organique ; d'autres éventualités restent possibles : les cellules de la trame du placenta peuvent conserver leur vitalité, se greffer profondément sur la muqueuse utérine, voire même s'y multiplier d'une façon exubérante et engendrer des néoplasmes.

Parmi ces néoplasmes, on connaît, depuis la plus haute antiquité, les môles hydatiformes, myxomes des villosités placentaires provenant du mésoderme fœtal.

D'autres tumeurs, issues du placenta, empreintes d'une malignité plus grande, désignées sous le nom de déciduomes malins par des auteurs qui les font dériver à tort de la caduque ont, depuis l'année 1893, été l'objet d'un très grand nombre de travaux. On trouvera dans un mémoire récent de M. Durante un exposé lumineux de la question du déciduome malin, ainsi qu'une interprétation pathogénique très séduisante fondée sur les recherches de M. Mathias Duval relatives au développement du placenta. « Le déciduome malin n'est pas une tumeur d'origine maternelle, mais une tumeur d'origine fœtale développée aux dépens du syncytium qui, étant lui-même un reste de l'ecto-placenta, se remet à proliférer comme à la période embryonnaire ; c'est un épithélioma de l'ectoderme placentaire » (1). La fixation et la multiplication des cellules néoplasiques — qui se propagent ultérieurement par voie embolique dans les sinus veineux utérins, dans les vaisseaux du vagin et, par la circulation générale, jusque dans les poumons — seraient singulièrement favorisées, d'après M. Durante, par l'état d'asepsie relative dans lequel on s'efforce de maintenir la cavité de l'utérus.

A côté de ces cas, il en est d'autres plus intéressants dans lesquels déciduome malin et môle (2) évoluent simultanément

(1) DURANTE. Du déciduome malin ou épithélioma ecto-placentaire. *Revue médic. de la Suisse romande*, n° 11 et 12, 1896.

(2) L'évolution simultanée de la môle et du déciduome malin a été établie par de nombreuses observations. PFEIFFER. *Prager med. Wochensch.*, 1890. —

ou se compliquent l'un l'autre. Tous les éléments constitutifs du placenta doués, comme les tissus embryonnaires, d'une vitalité excessive se reproduisent démesurément et deviennent *ipso facto* le point de départ de tumeurs. Mais, heureusement, le processus néoformatif n'atteint pas toujours son plein développement. Quand il ne trouve pas dans la cavité utérine des conditions de nutrition et de greffe suffisamment favorables, on assiste à une double tendance proliférative et régressive des débris placentaires qui finissent tôt ou tard par s'éliminer à l'extérieur. C'est un fait de cet ordre que nous avons eu l'occasion d'étudier cliniquement et histologiquement : on peut le considérer comme un exemple de néoplasie placentaire *avortée*. Il importe de publier ces faits de transition entre le placenta en voie de régression et les môles associées au déciduome malin ; ils sont très instructifs au point de vue de la pathologie générale des tumeurs et au point de vue pratique de la conduite à tenir en pareil cas.

OBS. — *Grossesse interrompue au 3e mois. — Rétention placentaire prolongée (9 mois). — Expulsion spontanée du placenta profondément altéré.*

Mme J..., 22 ans, blanchisseuse, est issue d'une famille de cultivateurs, laquelle ne relève aucune tare héréditaire ; elle-même a toujours bénéficié d'une excellente santé, qui lui a permis de se livrer de bonne heure à son pénible métier.

Les premières règles se sont montrées à 15 ans, et se sont succédé assez régulièrement. Mariée en 1892 à un jeune homme alcoolique, cette femme met au monde, l'année suivante, une fille qui a aujourd'hui 3 ans, et qui est bien portante ; elle nourrit son enfant un an, puis prend un nourrisson pendant 9 mois. Les règles reviennent pendant les 2 derniers mois de la lactation, et

GOTTSCHALK. *Berliner klin. Wochensch.*, 1893. — L. FRŒNKEL (Greisswald). *Archiv. für Gyn.*, 1894. — MENGE. *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, 1894. — FRŒNKEL (Fribourg). *Archiv. für Gynæk.*, 1895. — MARCHAND. *Monatschrift für Geb. und Gyn.*, 1895. — FRANQUÉ. *Zeitsch. für Geb. und Gyn.*, 1896.

continuent, sans interruption, jusqu'au milieu de l'année 1895. Elles apparaissent pour la dernière fois le 28 septembre. Dès les premiers jours d'octobre, surviennent les phénomènes sympathiques du début de la grossesse (nausées, vomissements, somnolence, irritabilité, gonflement des seins, etc.). Cet état persiste jusqu'à la fin de l'année 1895. Dans la première semaine de janvier 1896, elle tombe, en courant dans la campagne, et éprouve aussitôt dans le bas-ventre une très vive et très douloureuse sensation de déchirure; mais aucun écoulement ne se produit par les organes génitaux. Le lendemain et le jour suivant, cette sensation de déchirure est moins intense, mais l'hypogastre est endolori, comme contusionné. La malade ne s'en préoccupe nullement, et, vu la persistance des vomissements et la suppression des règles, se croit toujours enceinte. A la fin de février, une cinquantaine de jours par conséquent après sa chute, elle perd une très petite quantité de sang: « pas plus de vingt gouttes, dit-elle ». Ce sang est fluide, vermeil, et ne contient aucune particule solide, ni membranes, ni vésicule hydatiforme, ni débris d'embryon.

Cet écoulement sanguin est le seul qui se soit produit pendant toute la durée de cette grossesse anormale, c'est-à-dire depuis la fin de septembre 1895, jusqu'en septembre 1896. A partir de cette époque (février) Mme J... se rend compte que ses seins ont notablement diminué de volume; et que son ventre ne grossit plus; cependant les vomissements continuent aussi fréquents que par le passé. Au mois de mai, l'état général devient mauvais, la malade, qui vomit sans cesse, s'amaigrit, perd ses forces et commence à ressentir dans le bas-ventre des douleurs assez vives. A l'examen pratiqué à ce moment, nous constatons que le cœur et les poumons fonctionnent normalement; les seins sont ramollis et flasques. Par le toucher, on sent l'utérus légèrement augmenté de volume, comme un utérus gravide de 2 mois environ, de consistance molle, mais sans altération de forme. A travers un col ramolli, largement béant, mais régulier et dont les lèvres présentent un égal développement, on pénètre facilement dans la cavité utérine; là, on trouve une masse mollasse, spongieuse, irrégulière, donnant exactement au doigt l'impression de cotylédons placentaires. Les annexes paraissent normales. T. = 37°,3.

Le diagnostic de rétention placentaire s'impose donc, sans qu'il soit possible de préciser à quel moment il faut faire remonter la

mort ou l'expulsion de l'embryon (en janvier probablement). Nous conseillons alors à la malade le repos au lit, et de copieuses irrigations vaginales antiseptiques. Elle ne tient aucun compte de ces recommandations et bientôt l'état général s'altère plus profondément : la faiblesse augmente, et ce n'est qu'à grand'peine que cette femme peut continuer à travailler.

Trois mois se passent ainsi sans amener d'autres phénomènes importants qu'une débilité de plus en plus prononcée; pas d'écoulement menstruel. A la fin de septembre, à la suite d'une violente émotion (son mari dut subir la désarticulation d'une phalange), la malade est prise de syncopes, et en même temps se déclare une hémorrhagie très abondante qui dura 12 heures; transportée dans son lit, elle expulse au milieu de la nuit et après quelques coliques une masse de forme ovalaire, du volume d'une mandarine, ne contenant aucune trace d'embryon.

L'hémorrhagie s'arrête immédiatement. Trois jours après s'effectue la montée du lait.

Après ces 48 heures de séjour au lit, Mme J... quoique, très affaiblie, reprend son travail.

Depuis l'expulsion du délivre, les vomissements n'ont plus reparu ; la menstruation s'est rétablie régulièrement ; l'embonpoint et les forces sont revenus.

Un examen récent (janvier 1897) nous a permis de constater que l'évolution utérine était complète, et que tous les organes du petit bassin étaient absolument sains ; il reste un léger degré de rétroflexion.

Examen macroscopique et histologique de la tumeur conservée dans l'alcool à 95° depuis deux mois.

La tumeur a le volume d'un œuf de cane. Sa longueur est de 6 centimètres 1/2, sa largeur de 2 et demi à 4 centimètres. Elle est légèrement aplatie à la façon d'une gourde (fig. 1 et 2). Elle pèse 50 grammes environ. De teinte grisâtre, elle présente, à la périphérie, des débris pseudo-membraneux friables qu'on détache assez facilement.

Sur une coupe d'ensemble on voit, à la limite externe, une coque blanc grisâtre, épaisse d'un demi-millimètre, de laquelle partent de nombreux prolongements pénétrant à une profondeur de 3 à 5 millimètres.

Le corps de la tumeur est représenté par un tissu ferme, un

peu élastique, d'un rouge chair musculaire rappelant la teinte du myocarde ou plutôt donnant l'impression d'un caillot assez récent durci dans l'alcool. Ce tissu se laisse déchirer ; il est disposé en stratifications emboitées, séparées par des fissures. L'une d'elles parcourt toute la hauteur de cette production qui, dans son ensemble, reproduit le moule d'une cavité utérine distendue (fig. 2).

Sur une coupe transversale d'un fragment périphérique on remarque à l'œil nu, après coloration au picro-carmin, des îlots d'un rouge vif agglomérés. A un faible grossissement, on voit que

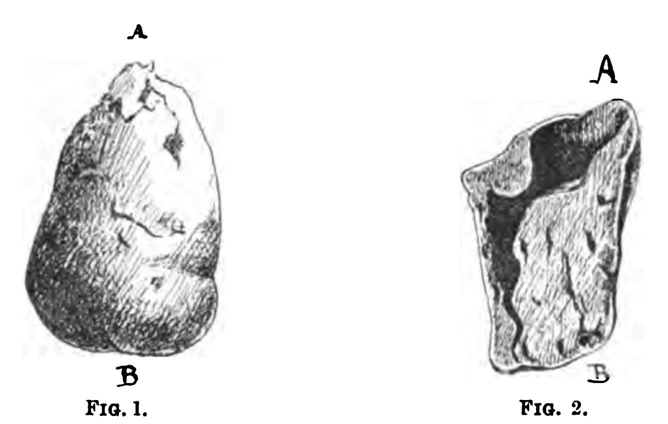


FIG. 1. FIG. 2.

1/2 gandeur naturelle environ.

ces îlots correspondent à des villosités de forme et de volume variables coupées dans divers sens. Les unes sont irrégulièrement arrondies et petites, les autres profondément découpées en carte de géographie. En allant de dehors en dedans on rencontre des coagulations fibrineuses infiltrées de leucocytes et des lacs de sang maternel au milieu desquels rampent des masses protoplasmiques multinucléées que l'on retrouve autour des villosités.

Lorsqu'on étudie ces villosités à un fort grossissement on voit qu'elles sont constituées par des faisceaux grêles et onduleux de tissu conjonctif se colorant en rouge vif par la fuchsine acide picriquée. Entre eux, disposées bout à bout et en séries parallèles, sont des cellules fixes allongées suivant la longueur des fibres.

A côté de ces villosités fibreuses, on en trouve qui ont subi la

dégénérescence graisseuse et calcaire. Par contre, il en est de vaguement fibrillaires, donnant les réactions histo-chimiques de la mucine, sillonnées de cellules rameuses anastomosées dont le noyau, circonscrit par une membrane, limite des grains de chromatine inégaux (fig. 3).

Certaines de ces villosités présentent, à leur périphérie, des cellules rondes ou ovalaires à noyaux très chromatiques, en karyokinèse, quelques-unes à protoplasma clair, d'autres munies de prolongements orientés suivant les stries parallèles de la villosité (fig. 4).

Ces diverses végétations, dépourvues de vaisseaux, sont entou-

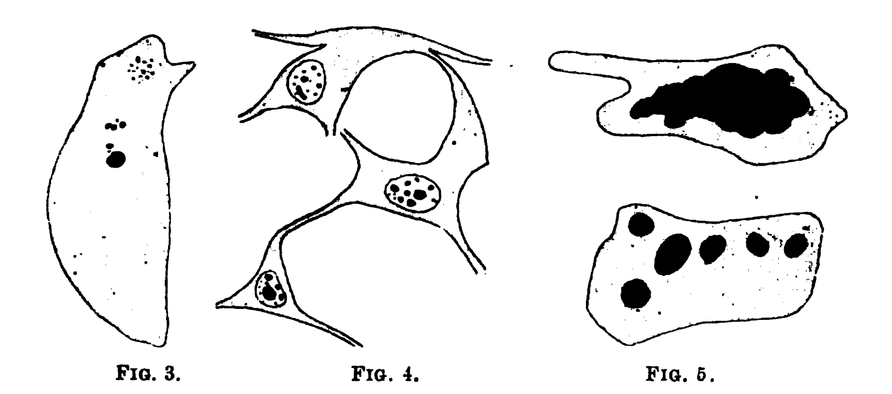


FIG. 3. FIG. 4. FIG. 5.

rées inégalement, comme par un manchon discontinu, de blocs cellulaires volumineux, mal limités, dont le protoplasma exubérant est semé de noyaux multiples intensément colorés. Ces masses plasmodiales frappent d'emblée l'œil de l'observateur.

On les rencontre non seulement autour des villosités et dans leurs interstices où elles forment des amas compacts, mais jusque dans les suffusions de sang maternel dont elles découpent et circonscrivent des ilots irréguliers.

Ces cellules ont des dimensions qui oscillent entre 30 et 120 μ. Elles ont tantôt des contours arrondis ou ovalaires, tantôt des prolongements plus ou moins longs (fig. 5).

Elles peuvent exceptionnellement ne contenir qu'un noyau, mais généralement elles sont multinucléées. Les noyaux, souvent bourgeonnants, se colorent vivement à l'aide des réactifs de la chro-

matine, soit uniformément, soit sous forme de grains très rappro-

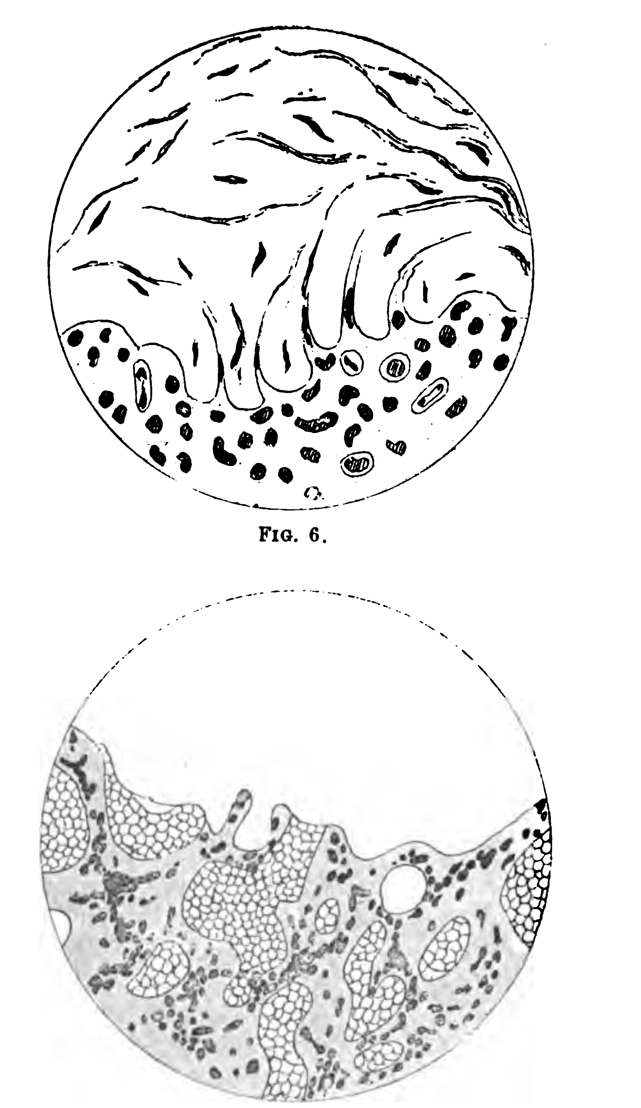


FIG. 6.

FIG. 7. — Masses plasmodiales découpant des îlots de sang maternel.

chés ou d'un épais boyau ; on n'y observe pas de karyokinèse.

Ces noyaux subissent la chromatolyse ; çà et là les cellules plasmodiales sont réduites à un corps protoplasmique contenant des reliquats nucléaires informes ; (fig. 6) on a une accumulation de granulations pigmentaires.

Ces masses plasmodiales serrent de près les villosités et semblent parfois les pénétrer.

Autour des villosités serpentent des fissures comblées par de la fibrine fibrillaire, par des bandes de désintégration graisseuse et calcaire, par des infiltrations sanguines.

Nous avons vu que les végétations étaient dépourvues de vaisseaux. Beaucoup baignent dans du sang maternel thrombosé ou non, parsemé de cellules plasmodiales (fig. 7). Dans ces foyers hématiques ont pénétré de nombreux microbes appartenant à diverses espèces ; les microcoques dominent.

En résumé, Mme J..., enceinte pour la seconde fois, fait une chute violente à la fin du troisième mois de sa grossesse ; elle ressent, à ce moment, une très vive douleur dans le ventre, mais ne perd pas de sang. Quelque temps après, apparaissent tous les symptômes indiquant l'interruption de la grossesse ; il est impossible de savoir si l'embryon a été expulsé à ce moment, ou si, retenu mort dans la cavité utérine, il a été résorbé à la longue. La *dissolution* de l'embryon ne s'observe d'ordinaire que dans les deux premiers mois de la grossesse ; il faudrait donc supposer que l'expulsion du produit de la conception a dû passer inaperçue, car la malade affirme nettement que, depuis le mois de septembre 1895, date de ses dernières règles, jusqu'au mois de septembre 1896, époque où le délivre a été expulsé, elle n'a perdu que quelques gouttes de sang clair, à la fin du mois de février.

Quoi qu'il en soit, cet œuf, dont la mort remonte au mois de janvier, est retenu dans l'utérus jusqu'au mois de septembre, c'est-à-dire *pendant neuf mois*, sans aucun trouble local, apparent, sans complication hémorrhagique.

La longue durée de la rétention, de même que l'absence des phénomènes qui accompagnent ordinairement la rétention de l'œuf mort, sont d'autant plus remarquables que la malade, pendant ce laps de temps, ne prend aucun repos, continue à vaquer à ses occupations et néglige tout soin antiseptique.

Mais si cette rétention ne se traduit par aucun trouble génital,

elle retentit bientôt sur la santé générale de la malade, qui s'amaigrit, perd ses forces, et vomit sans cesse. Les urines ne contiennent pas d'albumine ; il n'existe pas d'œdème malléolaire. Cet état persiste jusqu'au mois de septembre ; à cette époque, sous le coup d'une vive émotion, elle tombe en syncope, et, au milieu d'un flot de sang, expulse, après quelques coliques, une masse ovalaire, d'un gris rougeâtre, non fétide. Puis tout rentre dans l'ordre ; les vomissements cessent, et l'involution utérine s'effectue normalement.

On peut actuellement considérer cette femme comme absolument guérie.

I. — Réflexions cliniques. — Nous nous bornerons à mentionner la durée exceptionnelle de la rétention intra-utérine, et l'absence des phénomènes locaux graves qui sont si souvent la conséquence de cette rétention.

Un fait intéressant, et sur lequel nous ne craignons pas d'insister, vient confirmer l'opinion de M. Durante relativement à l'influence que peut avoir l'asepsie des voies génitales sur la prolifération du polype placentaire ; il semble, en effet, que quand la vulve et le vagin sont maintenus dans un état aseptique aussi complet que possible, l'implantation sur la paroi utérine et la multiplication des éléments du placenta soient singulièrement favorisées ; or, chez notre malade, les soins les plus élémentaires de la propreté ont totalement manqué, et c'est peut-être à cette particularité qu'il faudrait attribuer le défaut de propagation et de fixation de la tumeur placentaire.

Notons aussi qu'une altération profonde de l'état général s'est manifestée rapidement ici, comme dans les cas d'épithélioma ecto-placentaire. On ne peut pourtant pas incriminer les métrorrhagies continuelles signalées dans la plupart des observations semblables. — Le seul trouble physiologique qui ait attiré l'attention, consistait dans des vomissements fréquents, n'affectant nullement la forme *incoercible*. Cependant, en peu de temps, Mme J... est tombée dans un état cachectique assez avancé qui s'explique peut-être par la

durée de la rétention et par une infection intra-utérine sourde et prolongée.

Mais nous croyons que c'est surtout au sujet de la conduite à tenir que se dégage l'enseignement le plus utile et le plus pratique. Jusqu'à présent, quand on étudiait les conséquences de la rétention prolongée d'un fœtus mort ou de ses annexes, on visait surtout les complications survenant à la suite d'un décollement placentaire (hémorrhagie), ou à la suite de la pénétration de germes morbides dans l'œuf ouvert (putréfaction ou infection). Les recherches récentes montrent que le placenta retenu peut, de plus, se greffer sur la paroi utérine, y végéter et, de là, se généraliser comme une véritable tumeur maligne. C'est donc un troisième danger, et non le moindre, qui menace la femme atteinte de rétention de débris ovulaires ou embryonnaires; ce nous est un argument de plus pour préconiser, dans ce cas, le nettoyage complet de la cavité utérine. Cette doctrine, dont l'un de nous s'est fait déjà le défenseur, trouve dans ces cas nouveaux une éclatante confirmation. Si, en effet, on se contentait, comme le conseillent encore certains accoucheurs, d'attendre l'apparition des accidents infectieux aigus ou hémorrhagiques pour débarrasser l'utérus de cet « hôte incommode et dangereux », en assurant seulement l'antisepsie du conduit vagino-vulvaire, on laisserait ainsi croître et se propager à son aise la tumeur placentaire, et l'on s'exposerait à assister les bras croisés à l'évolution d'un néoplasme d'une nature particulièrement maligne ; c'est, en effet, le plus souvent *tout de suite* après l'accouchement ou la délivrance incomplète, qu'apparaissent les premiers symptômes de l'épithélioma ectoplacentaire (1).

Aussi croyons-nous que, quand le diagnostic de rétention placentaire a été établi d'une façon précise, il faut pratiquer

(1) Les premiers symptômes se sont montrés 8 jours après l'accouchement dans un cas de WHITRIDGE WILLIAMS (Baltimore). *The Amer. Gyn. a. Obs.*, juin 1895, ou pendant les suites de couches (SÆNGER. *Centralb. für Gyn.*, 1889. — KŒTTNITZ. *Deutsche med. Wochens.*, mai 1893).

immédiatement soit le *curage digital*, soit le *curettage*, pour assurer l'évacuation complète de l'utérus, et éviter par ce moyen les dégénérescences néoplasiques, qui bientôt ne seraient plus justiciables que de l'hystérectomie. Souvent même, cette opération radicale et précoce n'a pas suffi à enrayer le processus envahissant de l'affection épithéliomateuse ; et Frœnkel (1), Apfelstedt et Aschoff (2), Menge (3), Gottschalk (4), ont vu, quelque temps après l'ablation totale de l'utérus, se produire des métastases dans l'appareil pulmonaire, et des récidives multiples dans le système génital, dans le vagin en particulier, toutes lésions qui ont entraîné rapidement la mort.

En présence d'une tumeur de cette malignité, le curettage présente encore l'avantage de permettre de retirer des fragments assez considérables pour que l'examen histologique puisse en fixer définitivement la nature.

II. — RÉFLEXIONS HISTOLOGIQUES. — Il résulte de l'examen de la pièce qui a été confirmé par M. le professeur Mathias Duval et par M. le Dr Durante, chef de laboratoire à la Charité, qui ont bien voulu s'intéresser à nos préparations histologiques, que nous sommes en présence, non d'une tumeur développée aux dépens des tissus maternels, mais d'une production fœtale. Il s'agit d'un débris placentaire dont les villosités sont en voie d'hypertrophie fibro-muqueuse, d'une part, et de régression caséo-calcaire, d'autre part. Ce double processus de prolifération et de régression s'observe non seulement dans la trame mésodermique des villosités, mais aussi dans leur revêtement ectodermique. Les formations ecto-placentaires, où se différencient d'énormes cellules géantes, se multiplient très activement et envoient des ramifications protoplasmiques multinucléées dans les lacs de sang maternel. Mais les tendances envahissantes du

(1) FRŒNKEL (L.) (Greifswald). *Archiv. für Gynæk.*, 1894.

(2) APFELSTEDT et ASCHOFF. *Archiv. für Gynæk.*, 1894.

(3) MENGE. *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1894.

(4) GOTTSCHALK. *Archiv. für Gynæk.*, 1894.

syncytium sont heureusement paralysées par les phénomènes régressifs de chromatolyse et de dégénérescence pigmentaire.

Ce n'est donc pas là une simple rétention placentaire.

Les éléments constitutifs du placenta ne sont pas restés inertes dans la cavité utérine, à la façon d'un corps étranger. Ils ont continué à proliférer, comme en témoignent les caractères histologiques des villosités et les modifications très actives du syncytium.

Nous sommes convaincu que ce placenta eût pu devenir le tissu matriciel soit d'une môle, soit de ces tumeurs éminemment envahissantes dont nous parlions plus haut, que l'on désigne improprement sous le nom de déciduome malin, soit encore de l'association de ces deux néoplasmes.

Il eût peut-être suffi pour que fussent réalisées les conditions de développement de ces tumeurs : 1° des liens plus nombreux entre ce débris placentaire et la muqueuse utérine ; 2° une asepsie plus grande et partant plus favorable au plein épanouissement et à la greffe des tissus.

L'insuffisance de ces conditions ressort clairement des constatations histo-bactériologiques que nous avons faites.

CONSIDÉRATIONS SUR LA RUPTURE INTRA-PÉRITONÉALE DES KYSTES COLLOIDES DE L'OVAIRE. A PROPOS D'UN CAS DE RUPTURE AVEC ASCITE GÉLATINEUSE. OVARIOTOMIE. GUÉRISON (1).

Par le Dr **André Boursier**,
Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Bordeaux.

Dans une de nos dernières séances, notre collègue le professeur Demons a attiré l'attention de la Société sur une complication intéressante des kystes de l'ovaire ; je veux

(1) Communication à la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux.

parler de leur rupture spontanée et en particulier de leur rupture dans le péritoine. Il a insisté sur les parties encore peu connues ou incomplètement fixées de cette question en faisant appel aux recherches de ses collègues. J'ai eu la bonne fortune, grâce à l'obligeance de notre collègue M. Villar, d'observer, ces jours-ci, un cas de rupture spontanée d'un kyste ovarien dans la cavité péritonéale avec ascite gélatineuse. Aussi, je vous demande la permission de vous faire connaître ce fait, qui m'a paru cliniquement intéressant, et de vous communiquer ensuite les réflexions qu'il m'a suggérées.

OBSERVATION. — *Rupture spontanée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, avec ascite gélatineuse. Ovariotomie. Guérison.*

Mme Marie C... de Pissos (Landes), âgée de 55 ans, est amenée dans mon service de l'hôpital Saint-André, le 10 mai 1896, par mon collègue et ami le professeur agrégé Villar, qui a déjà eu l'occasion de l'opérer il y a quelques années. Avant d'étudier son état actuel, il est utile de rappeler en quelques mots son histoire. Elle a eu autrefois deux grossesses, à 22 et 29 ans, terminées toutes deux par un accouchement à terme dont les suites ont été normales, bien que la malade soit restée à peine deux ou trois jours au lit chaque fois. Elle a cessé d'être réglée à 28 ans, à la suite d'un refroidissement, et depuis, ses règles n'ont jamais reparu. A partir de cette époque, elle fut souvent prise de douleurs abdominales assez vives, localisées au côté gauche, augmentant par la fatigue, diminuant au contraire par le repos. Cet état douloureux persista environ pendant douze ans, jusqu'au mois de mars 1890.

A ce moment les douleurs augmentèrent et la malade vit apparaître dans son ventre une tumeur qui s'accrut assez rapidement et atteignit bientôt le volume d'une grossesse à terme. Cette tumeur amena une gêne marquée de la respiration et des troubles dans les fonctions stomacales et intestinales. L'état général devint mauvais, la malade s'amaigrit, et la faiblesse était telle, que son médecin la considérant comme perdue l'envoya à l'hôpital Saint-André. Le voyage fut très pénible, Mme C... fut placée dans

le service de M. le professeur agrégé Villar qui reconnut l'existence d'un kyste ovarique et pratiqua immédiatement l'ovariotomie. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

La santé se maintint excellente jusqu'en octobre 1895. Tout au plus éprouvait-elle un peu de gêne et de douleur dans le bas-ventre, quand elle travaillait beaucoup. Au mois d'octobre 1895, un jour qu'elle faisait dans les champs un travail pénible, elle ressentit tout d'un coup des coliques très violentes, brusquement suivies de l'évacuation par le rectum d'une abondante masse d'un liquide que la malade compare comme qualité et comme quantité aux eaux de l'amnios. Ces douleurs se calmèrent au bout de quelques heures et Mme C... put continuer à travailler. Jusqu'au mois de janvier, elle ne ressentit plus que quelques coliques intermittentes de courte durée. Mais, à partir du 5 janvier 1896, les coliques disparaissent et sont remplacées par une douleur sourde, généralisée à peu près à tout l'abdomen et qui empêche la malade de marcher et de travailler ; en même temps l'abdomen commence à augmenter de volume. Bien qu'il n'y ait aucun trouble fonctionnel autre qu'une perte progressive de l'appétit, elle s'affaiblit de nouveau et maigrit rapidement pendant que son ventre continue à se développer. Son médecin l'envoie à notre collègue M. Villar qui, après l'avoir examinée, la conduit dans mon service où elle rentre le 10 mars 1896.

A l'examen, on constate que le ventre est volumineux et arrondi, pointant en avant : il est peut-être un peu plus saillant dans sa moitié gauche. La circulation veineuse sous-cutanée paraît assez développée surtout du côté gauche. La tension des parois abdominales en rend la palpation assez difficile, cependant on peut sentir dans toute la moitié gauche une sorte de masse pâteuse, diffuse, ne permettant de circonscrire sur aucun point une tumeur véritable, nettement limitée. La percussion démontre que tout le côté gauche de l'abdomen est mat, tandis que le côté droit présente la sonorité intestinale ordinaire. La limite de la matité est représentée par une ligne qui, partant de l'extrémité antérieure de la neuvième côte gauche, se dirigerait de là vers l'ombilic pour aller gagner ensuite le milieu de l'arcade crurale droite. Cette zone de matité gauche est fixe, à peine si dans les

divers décubitus dorsaux et latéraux sa limite supérieure se déplace de 1 centimètre, mais sans présenter les déplacements que peut subir le liquide de l'ascite.

Sur toute cette zone mate, la pression est un peu plus douloureuse que sur le reste de l'abdomen et la douleur est augmentée quand on relâche brusquement la paroi abdominale pressée. Très profondément, il semble que l'on perçoive une vague fluctuation.

Le toucher vaginal et le toucher rectal ne donnent aucun renseignement. L'utérus, sénile, est mobile et sain; les culs-de-sac sont libres et on n'y trouve rien à signaler. Il y a une légère adénite inguinale. A droite, on voit la cicatrice d'une cure radicale de hernie crurale, tandis qu'à gauche la hernie existe, mais peu développée et facilement réductible. La malade se plaint d'être oppressée, elle fait trente inspirations à la minute. On ne constate à l'auscultation rien d'anormal dans les poumons ni dans le cœur, sauf un peu d'arythmie cardiaque.

En présence de ces symptômes notre diagnostic était assez hésitant. Les signes physiques n'étant pas ceux d'une véritable tumeur abdominale dont on ne pouvait déterminer ni la forme exacte, ni les contours; de plus, la mollesse particulière de la zone mate de l'abdomen et son étendue, nous faisaient penser, à M. Villar et à moi, que nous avions peut-être affaire à un cas de maladie gélatineuse du péritoine, affection décrite en 1871 par M. Péan, et dont les observations sont si rares que plusieurs auteurs mettent en doute son existence comme individualité pathologique. Néanmoins, étant donnés la faiblesse progressive de cette malade, ses troubles respiratoires évidemment mécaniques, et l'augmentation graduelle de son ventre, nous nous sommes crus suffisamment autorisés, malgré l'absence d'un diagnostic ferme, à pratiquer la laparotomie pour aller enlever la tumeur soupçonnée.

L'opération eut lieu le 15 mars 1896, avec l'aide de M. le professeur agrégé Villar. A peine avais-je incisé la paroi abdominale dans la cicatrice de l'ancienne laparotomie, que nous vîmes sortir une quantité considérable de substance gélatineuse, colloïde, pâteuse, de coloration jaune ambré et absolument transparente. Cette masse colloïde remplissait le petit bassin, la fosse iliaque gauche, et remontait du même côté dans toute la région

que nous avions trouvée mate à la percussion. Son ablation fut assez difficile, car elle n'était pas assez liquide pour s'écouler naturellement; nous fûmes obligés de l'enlever à pleines mains, au moins pour la majeure partie. Il y en avait au minimum deux litres.

Après avoir placé la malade dans la position de Trendelenburg, nous avons pu, avec des compresses aseptiques et sèches faire autant que cela a été possible la toilette du petit bassin, forcément rendue très incomplète par la viscosité et l'adhérence de cette sorte de gelée. Pendant ce nettoyage, nous avons trouvé dans la moitié gauche du bassin une tumeur arrondie, à peu près du volume d'une tête de fœtus, et baignant complètement dans ce liquide gélatineux. C'était un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, à parois minces, et qui portait vers sa partie interne une déchirure arrondie de la dimension d'une pièce 5 francs environ, par laquelle son contenu se déversait dans le péritoine. Toutes les cavités d'ailleurs, très multipliées, de la tumeur, contenaient une substance gélatineuse, analogue à celle qui était épanchée dans le ventre et qui provenait en grande partie de sa rupture.

Le kyste n'avait aucune adhérence avec les intestins ou la paroi abdominale. Il baignait au milieu du liquide colloïde épanché, lequel, sans avoir été enkysté par aucune néo-membrane, était resté localisé dans la partie gauche de l'abdomen et avait, comme une tumeur solide, refoulé vers la droite toutes les anses intestinales.

Le péritoine pariétal est sain, il n'y a aucune trace de péritonite. Toutes les anses intestinales en contact avec la gélatine épanchée sont un peu plus vascularisées que les autres; leur surface est dépolie et comme chagrinée. Après avoir excisé le kyste, son pédicule est lié et rentré, puis le ventre est fermé par trois plans de suture en surjet; mais auparavant nous avons pu examiner le pédicule de l'ancien kyste ovarique enlevé en 1890 par M. Viliar. Ce pédicule était absolument sain, isolé, et sans aucune adhérence avec les parties voisines.

Les suites opératoires ont été des plus simples. La malade a éprouvé fort peu de choc opératoire, elle n'a pas eu de vomissements chloroformiques. Pendant les deux ou trois premiers jours la température a dépassé 38, mais il n'y a eu aucune complication inflammatoire ni septique. Le 23 mars, toutes les sutures ont été

enlevées, et aujourd'hui la malade peut être considérée comme guérie : elle commence d'ailleurs à se lever.

Le kyste enlevé a été examiné au point de vue histologique au laboratoire des Cliniques de la Faculté. Il présentait tous les caractères des kystes multiloculaires de l'ovaire ; c'est un épithélioma mucoïde. Nous avons déjà dit que le liquide contenu dans les cavités non ouvertes de la tumeur était absolument semblable à celui qui était épanché dans la cavité abdominale, et dont nous donnons ci-joint l'analyse chimique faite par M. le professeur agrégé Barthe, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-André.

Analyse du liquide d'ascite gélatineuse.

Quantité de liquide fourni............	320 grammes
Densité............................	1024 —
Couleur jaune pâle..................	
Consistance de gelée................	
Aspect transparent...........	
Réaction neutre.........	
Extrait à 100°.........................	58 gr. 65 par litre
Matières organiques.................	49 gr. 80 —
— minérales..................	8 gr. 85 —
Matières albuminoïdes totales........	46 gr. 70 —
Sérine.................................	23 gr. 10 —
Globuline...............	12 gr. 30 —
Paralbumine........................	11 gr. 30 —
Urée..........................	en petite quantité
Cholestérine........................	
Chlorure de sodium..................	7 gr. 60 par litre

Phosphate et sulfate en faible proportion.

Cette analyse nous démontre que la matière épanchée dans le ventre présente tous les caractères ordinaires des liquides des kystes ovariques. Enfin, nous avons pensé qu'il était bon de le faire examiner aussi au point de vue bactériologique. Un échantillon pris immédiatement après l'opération, dans le bassin où le contenu de l'abdomen avait été recueilli et laissé à l'air libre, a été porté à mon collègue, le professeur Ferré, qui a seulement constaté la présence de quelques microcoques de l'air, provenant certainement de la manière dont le liquide avait éte recueilli.

L'observation qui précède me paraît mériter quelques réflexions et cela à plusieurs points de vue.

En premier lieu, vous avez dû remarquer que ni M. Villar ni moi n'avons fait le diagnostic exact des lésions qui existaient chez notre malade. Nous n'avons pu arriver à reconnaître l'existence du kyste, ni même celle d'un épanchement par rupture. Tout au plus avions-nous soupçonné la nature gélatineuse du liquide épanché,

C'est qu'en effet, le diagnostic des ruptures des kystes de l'ovaire, fort aisé dans certaines circonstances, devient très difficile dans d'autres. Ces accidents se manifestent, vous le le savez, par deux ordres de phénomènes : des symptômes immédiats fonctionnels et physiques se produisant au moment de la déchirure et des signes réactionnels, qui se montrent dans les heures ou les jours qui suivent l'accident. Au moment de la rupture,la malade ressent une douleur plus ou moins forte, de nature et d'intensité très variables, parfois une simple sensation bizarre, un sentiment de déchirure intérieure, d'autres fois une grande et violente douleur, assez vive, dans certains cas, pour provoquer une syncope ou une crise convulsive, ce qui est encore plus rare. En même temps on trouve des signes physiques importants : le ventre, qui auparavant présentait tous les caractères ordinaires d'une tumeur abdominale, change de forme et offre immédiatement l'aspect et les symptômes d'un épanchement ascitique. Quant aux signes réactionnels, qui paraissent tantôt immédiatement,tantôt plusieurs jours après la déchirure, ce sont des symptômes de péritonisme ou de péritonite plus ou moins intense localisée ou généralisée, et parfois des phénomènes réflexes bizarres, émission abondante d'urines, peptonurie, etc.

Tous ces signes forment un tableau clinique suffisant, quand ils sont réunis, pour que le diagnostic soit facile, mais à la condition que le chirurgien appelé à les constater ait en même temps la connaissance de l'existence antérieure du kyste, soit qu'il ait été à même de le constater, soit que la

malade ait pu lui en affirmer la présence. Mais, lorsque les phénomènes de rupture sont constatés par un médecin qui ignore la tumeur abdominale, ce diagnostic peut être, dans certains cas, tellement difficile qu'il devient impossible. Il peut arriver, en effet, comme cela s'est vu dans l'observation de Rutherford-Morison que nous citons plus loin, que la rupture se soit produite sans aucun symptôme appréciable, et que rien ne vient mettre sur la voie du diagnostic. D'ailleurs, ce ne sont pas seulement les signes fonctionnels de la déchirure qui peuveut faire défaut, mais aussi les signes réactionnels, puisque dans bon nombre de cas de rupture des kystes il n'y a eu aucune lésion du péritoine, ni aucun symptôme réflexe ou autre dans les jours qui ont suivi l'accident. La constatation de l'inflammation péritonéale, coïncidant avec l'apparition des signes de l'ascite, peut mettre le chirurgien sur la voie du diagnostic, alors même qu'il n'est pas informé de l'existence antérieure d'une tumeur, mais l'absence de toute réaction abdominable rend encore le cas plus obscur.

Enfin il existe d'autres difficultés de diagnostic, tenant à la nature colloïde de l'épanchement, qui avaient été déjà signalées par Math. Duncan, dans les *Clinical Lectures on diseases of Women* (*Leçon* 18) : « Le liquide qui provient du kyste rupturé, dit-il, se trouve ordinairement libre au milieu de la masse intestinale. Mais ceci n'arrive pas toujours, et la diffusion peut être limitée par d'anciennes adhérences ou bien *il peut être tellement visqueux qu'il ne peut pas se répandre dans la cavité abdominale et qu'il déplace au contraire les intestins comme s'il était lui-même une tumeur* ». Cette dernière disposition existait chez notre malade, puisque, vous vous en souvenez, le liquide épanché, quoique non enkysté, était uniquement contenu dans la moitié gauche de l'abdomen et avait refoulé vers la droite toute la masse intestinale. Si l'on ajoute à cette particularité, que personne n'avait constaté chez la malade ni l'existense d'un kyste de l'ovaire, ni aucune augmentation de volume du ventre depuis la pre-

mière ovariotomie, il est permis de comprendre pourquoi nous n'avons pu arriver à un diagnostic précis.

Cependant, le fait une fois constaté, il est permis de retrouver le moment exact de la rupture. La malade elle-même nous en a fait l'histoire, en nous disant qu'au mois d'octobre 1895, un jour qu'elle faisait un travail pénible, elle a brusquement ressenti dans le ventre une douleur violente suivie d'une abondante évacuation d'eau par le rectum. Ce sont là évidemment les phénomènes immédiats de la rupture de son kyste. Je vous demande la permission d'insister sur ces symptômes, qui ont un caractère tout à fait particulier. A quoi peut être due cette évacuation soudaine, abondante et unique, d'eau par le rectum, tellement grande que la malade la compare d'elle-même à la perte des eaux au moment de l'accouchement? Faut-il y voir la preuve d'une rupture du kyste dans l'intestin et plus spécialement dans le rectum? Faut-il y voir, au contraire, un simple phénomène réflexe?

Les ruptures des kystes de l'ovaire dans l'intestin ne sont pas très rares. Nepveu dans son mémoire en 1875 (1) en a rassemblé 11 cas, et M. Terrier a publié sur ce sujet dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, en 1877, une étude très documentée et très intéressante, basée sur une réunion de 36 cas y compris l'observation qui fait l'objet de son travail. De l'examen détaillé de tous ces faits, il résulte que l'évacuation du liquide par l'intestin ne se fait jamais en une fois et d'un seul coup; ordinairement l'écoulement dure plusieurs jours et alterne avec des matières fécales ou se mélange à elles. De plus, l'orifice de communication ne se ferme pas immédiatement. Au contraire, il reste permanent pendant un certain temps: de là, dans la plupart des cas, l'introduction des gaz dans les cavités kystiques. Il s'ensuit que le kyste ne s'affaisse pas, ou du moins persiste en partie,

(1) Nepveu. Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine, etc. *Annales de Gynécologie*, juillet 1875, t. IV, p. 14.

et que l'on constate dans son intérieur du tympanisme et des bruits hydro-aériques. Ces phénomènes ne sont cependant pas absolument constants. Mais, comme le fait remarquer M. le professeur Terrier, il faut toujours, non pas pour la rupture du kyste, mais pour arriver à l'ouverture dans le tube digestif, un intermédiaire obligé : l'inflammation. Aussi toujours a-t-on constaté un certain degré de péritonite localisée, réduite au minimum à des adhérences unissant le kyste à la paroi intestinale. Or, nous n'avons trouvé aucun de ces caractères chez notre malade. Le liquide évacué par le rectum était différent de celui que nous avons constaté dans l'abdomen ; l'écoulement s'est produit d'un seul coup, en une fois, et ne s'est pas renouvelé ; il n'y avait pas de gaz dans le kyste complètement revenu sur lui-même, et enfin l'ovariotomie nous a permis de constater que ce kyste était libre dans l'abdomen, et qu'en particulier il n'y avait aucune espèce d'adhérence entre la paroi kystique et un point quelconque du tube intestinal. Pour toutes ces raisons, je ne me crois pas en droit de conclure à une rupture dans l'intestin. Faut-il alors voir dans l'évacuation d'eau par l'anus un simple phénomène réflexe ? Il est difficile de l'affirmer. Certainement dans quelques cas et en particulier dans ceux de Galabin, de Lawrie Gentles rapportés dans la thèse de Mme Waite (1), on a signalé des mictions très exagérées comme nombre et comme quantité, accompagnant certaines ruptures intra-péritonéales de kystes de l'ovaire et certainement d'ordre réflexe. Mais ces évacuations de liquide ne sont ordinairement ni uniques ni immédiates. Elles se produisent le plus souvent le surlendemain ou le troisième jour, rarement plus tôt, et durent pendant plusieurs jours. Elles ont donc une marche et des caractères différents de l'évacuation d'eau par le rectum qu'a présentée notre malade, et dont je n'ai trouvé aucun exemple analogue

(1) Mme Waite. *Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire.* Thèse de Paris, mai 1888.

dans les nombreuses observations de rupture de kyste que j'ai parcourues. Aussi je dois me contenter de vous signaler ce symptôme intéressant sans pouvoir vous en démontrer exactement le mécanisme.

Il me reste enfin à étudier avec vous le pronostic exact des épanchements colloïdes, à propos de notre malade, en vous rappelant que nous avons constaté chez elle une intégrité absolue de la séreuse péritonéale, sauf un état chagriné de quelques anses intestinales, alors que la rupture de son kyste remontait à plus de quatre mois. Je n'ai pas l'intention de reprendre ici l'étude complète du pronostic des ruptures ovariques, que l'on considérait en France comme un accident redoutable, alors que certains auteurs étrangers, comme C. Schrœder, regardent ces faits comme rarement graves. Je ne désire m'occuper ici que des épanchements colloïdes. C'est Nepveu, qui le premier, dans le mémoire que j'ai déjà cité, eut, à juste titre, l'idée d'examiner le pronostic des ruptures ovariques suivant la nature du liquide épanché, et le jugement qu'il porte sur l'épanchement de kystes à liquide gélatineux est des plus sévères : « Le liquide de ces kystes, dit-il, est très funeste ; c'est du reste une vieille remarque qu'ont faite depuis longtemps les ovariotomistes, 7 cas, 7 morts. » Et il ajoute : « Dans toutes ces observations la mort a été prompte ; dans une (Bright) mort subite. » Les conclusions de Nepveu ont été reproduites par la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet après lui. Cependant en constatant l'innocuité parfaite de l'épanchement gélatineux, dans le cas qui nous occupe, en voyant que Mme Waite avait rapporté dans sa thèse quelques observations de rupture de kystes à contenu colloïde sans phénomènes consécutifs graves, que M. Lair dans son travail inaugural avait pour ainsi dire protesté contre cette prétendue gravité et cela au nom du professeur Poncet, j'ai cru intéressant de reprendre l'étude de ce point particulier et d'examiner la valeur de l'assertion si absolue de M. Nepveu.

Les sept observations sur lesquelles il base son jugement

sont les suivantes : celles de Carlo Secchi, Bright, Société anatomique, Niemeyer, Menzel, Spencer Wells (1861), Spiegelberg.

Nous n'avons pu nous procurer l'observation de Carlo Secchi (in Omodéi, *Annales univer. di medicina*, t. LXIII. Kyste avec gelée). Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu retrouver aux sources indiquées par M. Nepveu l'observation de Bright (*Guy's Hospital Report*, III, obs. XVI) qu'il résume ainsi : « Kyste depuis plusieurs années. Mort subite. Paroi mince, liquide gélatineux. Sensation bizarre, les boyaux tournaient. » *Nous n'avons pas trouvé davantage* celle de Niemeyer (*Traité de pathologie*, II° édition) rapportée ainsi : « Mort à la quatrième ponction. Liquide épais, véritable bouillie, riche en cholestérine. »

Pour les quatre dernières observations, celles de la Société anatomique, de Menzel, de Spencer Wells (1861) et de Spiegelberg, la cause de la mort ne paraît devoir pas être attribuée, sans discussion, à la rupture du kyste.

L'observation de la Société anatomique est celle de M. Bailly (*Soc. anatomique de Paris* 1854, p. 52). M. Nepveu la résume en ces termes : « Kyste multiloculaire renfermant une matière glaireuse, rompue à la partie postérieure dans le péritoine. » Il s'agissait d'une jeune femme de dix-huit ans, entrée à Necker pour un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire, dans le service de M. Lenoir où son kyste fut ponctionné. Pendant quelques jours, après cette ponction, le ventre devint douloureux, puis peu à peu tout rentra dans l'ordre. Elle revint à l'hôpital, service de Natalis Guillot, un mois et demi plus tard avec des symptômes de cholérine grave dont elle guérit rapidement. Quelques jours plus tard la malade ressent une douleur vive dans le flanc gauche, des signes de péritonite généralisée se développent et la malade meurt le 16 mai. On trouve à l'autopsie une rupture de la partie postérieure du kyste avec épanchement gélatiniforme, et des lésions de péritonite aiguë généralisée. Mais, en outre, il y avait des adhérences nombreuses unissant la face anté-

rieure du kyste avec la paroi abdominale. De plus, « la loge principale, celle que le chirurgien de Necker avait ponctionnée, offre des signes non douteux d'inflammation, rougeur foncée dans toute l'étendue de la face interne, ecchymose et points sphacéliques de ses parois ».

Il est donc permis de se demander si l'infection évidente du kyste par la ponction n'avait pas altéré le liquide contenu dans ce kyste, ce qui expliquerait la péritonite causée par l'épanchement intra-abdominal à la suite de la rupture spontanée.

Dans les trois autres observations, il est encore moins permis de regarder l'épanchement du liquide comme cause de la mort.

Dans l'observation de Spencer Wells (*Medical Times*, 1861, mars, II, p. 246), en suivant le résumé donné par Nepveu lui-même, il est facile de voir que la malade a succombé à une péritonite causée par une ponction. Voici les faits : « Kyste et ascite, ponction de l'ascite : on retire 8 pintes. La seconde nuit, accès hystériques soudains. L'abdomen est aussi volumineux qu'avant, légère péritonite. Mort cinq jours après la ponction : sérum trouble, péritonite étendue, peu de sang, petit bassin rempli de matières glaireuses ». Il n'est pas douteux que la péritonite ne soit la conséquence de la ponction qui avait peut-être aussi causé la rupture du kyste. En tous cas il paraît absolument improbable que la péritonite soit due à l'épanchement gélatiniforme.

L'observation de Spiegelberg (*Archiv für Gynækologie* 1870) est encore plus démonstrative.

Il s'agissait d'une femme de quarante-deux ans, veuve, et mère de six enfants. Elle portait depuis trois ans un kyste de l'ovaire qui avait été ponctionné trois fois. La dernière ponction avait permis de retirer 2,400 c.c. de liquide contenant de la paralbumine, des cellules colloïdes et de la cholestérine. La malade est ovariotomisée; on trouve un kyste rompu Elle meurt de péritonite cinq jours après l'opération.

Donc cette malade meurt de péritonite après une ovariotomie, et on voudrait attribuer la péritonite à l'épanchement colloïde et non à l'opération. Le simple énoncé des faits suffit à juger la question : il est inutile d'insister.

Enfin la dernière observation est celle de Menzel et provient du journal *Il Morgagni*, 1873, p. 436. Nepveu, qui en a recueilli la traduction résumée dans la *Gazette médicale de Paris* de 1873, la note en ces termes d'après ce journal : « Première ponction, issue du liquide gélatineux dans l'abdomen : au bout d'un mois, deuxième ponction. Mort le lendemain. Autopsie : péritonite chronique. » Si l'on se reporte à l'observation originale publiée dans le journal *Il Morgagni*, 1873, p. 436, on voit que les choses sont tout autres. La malade, âgée de soixante-sept ans, très affaiblie, avait depuis deux mois le ventre très développé et des signes d'ascite. Au début, elle avait eu des douleurs et des vomissements qui avaient bientôt cessé. Elle entre le 23 mars 1872 dans le service médical du docteur Lorenzotti qui, par exclusion, porte le diagnostic de cirrhose hépatique. Devant l'augmentation progressive de la dyspnée, le docteur Lorenzotti pratique la ponction le 24 avril 1873. A sa grande surprise, le liquide est tellement colloïde que rien ne s'écoule par le trocart, et qu'on peut à peine obtenir par aspiration une petite quantité de cette masse gélatineuse. La nature de cet épanchement fait penser à un kyste ovarique et, deux jours après, la malade est transférée dans le service chirurgical du docteur Menzel. Dès le soir de son entrée la dyspnée est tellement intense que l'on est forcé de pratiquer une seconde ponction avec aspiration qui donne issue, elle aussi, à une très faible quantité de gelée à demi solide. Le 27 avril au soir, la malade succombait. Le docteur Menzel, en voyant le liquide gélatineux libre dans le péritoine, avait pensé à une rupture de kyste ovarique, mais il avait repoussé cette idée, car une telle rupture avec un « *liquide de cette sorte aurait dû produire une péritonite foudroyante* ». L'autopsie démontra cependant la vérité de ce diagnostic. Et l'au-

teur s'étonne que cet épanchement ait pu exister plus d'un mois sans occasionner de péritonite suraiguë. Nous voilà loin de l'issue fatale causée rapidement par la rupture. Il est avéré ici que l'épanchement a duré plusieurs mois sans amener aucun accident.

L'analyse détaillée des observations sur lesquelles s'est appuyé Nepveu, nous permet donc déjà d'en appeler de son affirmation. Il est inexact de dire, ainsi qu'il l'a fait, « 7 cas 7 *morts* », et encore moins d'ajouter « *dans tous ces cas la mort a été prompte* » ; puisque sur ces 7 cas nous en voyons 4 où la mort peut être différemment expliquée. Dans le cas de Bailly (Société anatomique) la rupture a eu lieu sur un kyste enflammé par une ponction antérieure, donc le liquide avait été par ce fait fort probablement infecté. Dans l'observation de Spencer Wells, la péritonite qui a causé la mort est due à une ponction et non à la rupture du kyste. Dans le fait de Spiegelberg, la malade est morte de péritonite, mais à la suite d'une ovariotomie, et cette inflammation est souvent la conséquence de l'opération. Enfin, dans le cas de Menzel, l'épanchement abdominal a duré plusieurs mois, avant que le malade ne succombât et on n'a trouvé à l'autopsie que des lésions de péritonite chronique.

D'ailleurs nous avons pu trouver dans la littérature médicale nombre d'autres faits qui contribuent à démontrer complètement que les conclusions de Nepveu sont erronées, et que la rupture des kystes ovariques à contenu gélatineux est loin d'avoir la gravité que, sur ses affirmations, la plupart des auteurs lui avaient accordée. Qu'il me soit permis d'en rapporter ici quelques-uns.

Dans l'excellente thèse déjà citée de Mme Waite, nous trouvons 4 cas de rupture avec épanchement gélatineux.

Le premier appartient à Hunter (*American Journal of Obstetrics*, 1881, t. XIV, p. 874). Il s'agissait d'un kyste à contenu colloïde, qui se rompit deux fois ; l'ovariotomie fut pratiquée dix jours après la première rupture, trois jours après la seconde. Il n'y avait pas trace de péritonite, la malade guérit.

Le second à Emmet (*American Journal of Obstetrics*, 1882, t. XV) qui mentionnait un cas semblable observé par lui quelque temps auparavant, et il attribuait l'absence de péritonite à ce fait qu'il avait, au cours de l'ovariotomie, pratiqué le lavage de l'abdomen avec de l'eau tiède.

Le troisième est dû à Mundé (*American Journal of Obstetrics*, 1882, t. XV, p. 290). La rupture datait déjà de quelque temps au moment de l'ovariotomie que a permis de constater l'intégrité du péritoine. La malade a guéri sans incident.

Enfin la quatrième observation est celle de Buckam (*American Journal of Obstetrics*, octobre 1879) : ovariotomie pratiquée trois jours après une rupture du kyste colloïde. Il n'y avait aucune trace de péritonite : la malade guérit rapidement.

Nous trouvons encore trois observations analogues dans la thèse déjà citée aussi de M. Lair (Lyon, 1892). Deux d'entre elles appartiennent au professeur Poncet. Dans la première, il s'agissait de la rupture non diagnostiquée d'un kyste à contenu colloïde chez une malade qui portait un double kyste de l'ovaire. La rupture datait certainement de plusieurs jours au moment de l'ovariotomie. Le péritoine était rouge, villeux : néanmoins, la malade guérit. La seconde observation concernait une personne atteinte d'un kyste de l'ovaire gauche papillomateux ; rupture de la poche : pas de péritonite, mais péritoine infecté de tumeurs secondaires. L'ovariotomie fut pratiquée et la malade guérit de son opération.

Le troisième fait rapporté dans la thèse de M. Lair démontre mieux qu'aucun autre l'innocuité possible des épanchements colloïdes. Il est dû à Rutherford-Morison et est emprunté à l'*Edinburg Med. Journal*, 1888. Il s'agissait d'un cas de rupture kystique avec épanchement colloïde, rencontré au cours d'une ovariotomie, sans que rien ait pu faire penser à la rupture qui certainement était déjà ancienne. Le péritoine était absolument sain, et la guérison fut des plus simples.

J'ai réuni quelques autres faits analogues empruntés à des sources diverses.

Ainsi, dans le *New-York Medic. Journal*, 21 décembre 1889, Douglas rapporte deux cas intéressants de rupture de kyste avec épanchement colloïde, sans accidents péritoniques consécutifs. Le premier, qui lui est personnel, est relaté brièvement et sans détails suffisants. Le second, dû à Meredith, de Londres, ressemble aux observations citées ci-dessus. C'est un cas de rupture datant de quelque temps déjà au moment où fut pratiquée l'avariotomie. Le péritoine était sain, mais le ventre était tellement garni de matière colloïde épanchée que le nettoyage complet fut impossible. La guérison eut lieu néanmoins sans accidents.

Dans les *Annales de la Société Belge de Chirurgie* (15 oct. 1894), M. Rochet rapporte un cas d'ascite gélatineuse due à la rupture d'une tumeur kystique de l'ovaire, sans indication de la date de l'accident. L'ovariotomie fit voir un péritoine rouge, infecté secondairement, mais l'opération fut néanmoins suivie de guérison.

Vanzetti a publié dans le journal *Lo Sperimentale*, 1877, p. 415, une observation très détaillée d'un kyste ancien qui avait déjà subi de très nombreuses ponctions lorsqu'il se rompit partiellement. L'ovariotomie, pratiquée une dizaine de jours après l'accident, permit de constater la présence d'une ascite gélatineuse due à la rupture d'une poche du kyste multiloculaire. Pas de péritonite : au contraire, le péritoine était très pâle et comme lavé. La malade très affaiblie depuis longtemps, ne put supporter l'opératien et succomba douze jours après sans avoir présenté d'élévation de température. L'autopsie démontra l'existence de lésions de péritonite récente.

Dans la revue publiée dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique* (1889-90) par mon regretté maître Terrillon, et intitulée « Réflexion sur deux cents ovariotomies », il rapporte deux très instructives opérations de rupture de kystes avec épanchement colloïde. Les deux fois il s'agissait de

kystes de l'ovaire double. Dans le premier cas, la malade, qui avait été opérée avec succès en 1887 pour un premier kyste, revint en 1887 pour se faire soigner d'un second kyste qui s'était rompu environ un mois avant son entrée à l'hôpital. Cette rupture avait entraîné des accidents péritonéaux assez graves, avec vomissements incoercibles et la malade était extrêmement affaiblie. L'opération fut très longue et très pénible à cause des difficultés extrêmes de nettoyage d'un abdomen absolument rempli d'une masse colloïde épanchée. La malade mourut de choc quelques heures après l'opération.

La seconde observation fut plus heureuse. La femme qui avait un kyste gélatineux, pesant environ 18 kil., rupturé dans le péritoine, fut ovariotomisée avec succès bien qu'il ait été impossible de faire une toilette complète de l'abdomen. Il n'y avait pas trace de péritonite. Elle revint en 1889, portant un nouveau kyste colloïde de l'autre ovaire, cette fois-ci sans rupture. L'ovariotomie fut compliquée seulement de l'ablation d'épiploons myxomateux, elle guérit facilement et l'opération permit de voir qu'il n'y avait pas de péritonite et que la rupture du premier kyste n'avait laissé aucune trace.

Nous pouvons ajouter à ces quelques faits notre observation personnelle rapportée au début de ce travail, dans laquelle une malade, opérée quatre ans auparavant d'un kyste colloïde droit, se présenta avec un kyste ovarien gauche à contenu colloïde, rompu depuis quatre mois, sans lésions de péritonite; à peine voyait-on une surface un peu chagrinée dans les parties en contact avec l'épanchement. La seconde ovariotomie fut aussi heureuse que la première, malgré un nettoyage incomplet de l'abdomen.

Il résulte donc de ces quatorze observations que nous pouvons opposer aux faits de Nepveu, que le plus souvent, ainsi que l'ovariotomie a permis de constater, l'épanchement du contenu colloïde dans l'abdomen n'a causé aucun accident inflammatoire. Cette intégrité péritonéale est notée expressément dans dix de ces quatorze cas, ce sont les obser-

vations de Hunter, Emmet, Mundé, Buckam, Poncet (2e obs.), Rutherford-Morison, Douglas-Meredith, Vanzetti, Terrillon (2e obs.), Boursier.

Dans un cas, celui de Douglas, il n'y a rien de signalé à ce sujet. Enfin, dans les trois dernières observations, cas de Poncet (2e obs.), de Rochet, de Terrillon (1re obs.), il y a des signes évidents de péritonite, mais ces accidents n'ont rien de foudroyant, puisque la rupture datait de plusieurs jours dans les observations de Poncet et de Rochet, et que, malgré les lésions péritonéales, l'ovariotomie a permis de guérir les malades. Enfin, chez l'opérée de Terrillon (1re obs.), la rupture datait d'un mois, et la malade est morte de choc, après une ovariotomie très pénible et très longue et non de la péritonite occasionnée par la rupture.

L'analyse de ces quelques faits suffit à démontrer que, contrairement à l'assertion de Nepveu, la rupture des kystes ovariens à contenu gélatineux, dans la cavité péritonéale, est le plus souvent un accident sans gravité, et ne donnant pas lieu à des phénomènes de péritonite. Nous pouvons ajouter en outre que dans les cas rares, 3 sur 14, où cet accident se montra, il put être le plus souvent heureusement combattu par l'ovariotomie (obs. de Poncet et de Rochet).

Ces résultats permettent aussi de penser que le contenu des kystes colloïdes, quand ils n'ont pas été infectés par un traumatisme accidentel ou chirurgical (ponction) ou par une inflammation antérieure, est dépourvu de germes infectieux, bien que l'étude bactériologique de ces productions n'ait pas été complètement faite. Nous ne connaissons en effet à ce sujet que les recherches de Quénu, mentionnées par le professeur Terrier dans sa sixième série de vingt-cinq ovariotomies (*Revue de chirurgie*, 1838) et qui constatait l'absence des germes pathogènes dans les liquides de kystes ovariques non enflammés. L'intégrité du péritoine dans certains cas anciens de rupture intra-péritonéale et principalement dans l'observation qui fait l'objet de ce travail, et dans laquelle la rupture datait de quatre mois avant l'ovariotomie, permet

de considérer cette opinion comme exacte. D'ailleurs, l'examen bactériologique du liquide épanché dans l'abdomen, a été fait par notre collègue le professeur Ferré et a démontré que ce liquide ne contenait aucun germe pathogène, et à peine quelques micrococques de l'air.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Du traitement chirurgical de l'étroitesse excessive de l'orifice externe de l'utérus.

Courty, Rossner, Mars.

A la Société gynécologique de Cracovie (séance du 15 décembre 1896) et dans un des derniers numéros du *Centr. f. Gyn.*, nous trouvons plusieurs travaux ayant trait à une opération *dite nouvelle* contre la sténose de l'orifice externe du col. Ce procédé aurait été appliqué une fois par Rossner. Il s'agissait d'une multipare de 32 ans, mariée depuis 13 ans, et atteinte de dysménorrhée typique. 12 années auparavant, elle avait subi, avec un certain bénéfice, la discission du col. Malheureusement, quelques mois après, les accidents dysménorrhéiques s'étaient reproduits. « *Le principe de l'opération*, écrit l'auteur, *réside dans la dissection d'un lambeau aux dépens de la portion vaginale et dans l'insertion de ce lambeau dans l'angle de la plaie obtenue par la discission. Comme on le sait, la nouvelle adhésion des surfaces cruentées débute au niveau de cet angle. Or, le procédé actuel prévient cette adhésion en supprimant l'angle dont il s'agit, tandis que, d'autre part, le lambeau transplanté maintient éloignées les surfaces avivées.* » Une ligature au catgut fixe le lambeau dans sa nouvelle situation. La figure ci-jointe (fig. 1) met bien en évidence du reste le procédé de l'auteur.

Rossner fait naturellement des réserves quant à l'efficacité de ce procédé à l'actif duquel il n'a qu'une seule observation, trop récente, à produire : « il serait bien prématuré, et ce n'est pas

d'ailleurs mon intention, de recommander cette méthode, en me fondant sur ce fait unique et tout récent, comme mettant sûrement à l'abri de la soudure à nouveau, remettant les choses en l'état primitif, des surfaces divisées. Toutefois, je me crois autorisé à admettre, *a priori*, qu'elle est plus apte à prévenir ce contre-temps que tous les autres procédés employés jusqu'ici, etc. (1).

Appréciant ce procédé, le professeur A. Mars écrit : « Cette méthode est originale, en outre très simple. *Elle consiste dans*

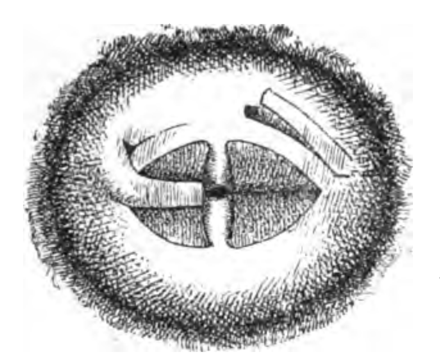


Fig. 1.

l'implantation d'un lambeau muqueux dans la plaie produite par la division de l'orifice externe sténosé » (2).

Mars ajoute qu'il s'était proposé de l'appliquer à la première occasion, ce qu'il fit en faisant subir au procédé une légère modification : au lieu de tailler les lambeaux à une certaine distance de l'orifice externe, il les prend de chaque côté de l'orifice externe, sur la portion vaginale, ainsi qu'il ressort des figures. Les lambeaux disséqués et relevés, il incise au bistouri la portion vaginale jusqu'à la base des lambeaux, puis fixe les lambeaux dans l'angle de la plaie au moyen d'une suture au catgut. Ayant examiné 8 jours après l'opération l'unique malade chez laquelle il a appliqué le procédé, il constata que l'orifice externe était large et les lambeaux remarquablement pris dans leur nouvelle situation (fig. 2 et fig. 3).

(1) Zur Technik der Discission des ausseren Muttermundes. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 8, p. 210 et *seq.*

(2) *Cent f. Gyn.*, 1897, n° 8, p. 213.

En réalité, ce procédé compte déjà nombre d'années et possède à son actif bien plus que les deux observations, si récentes, résumées plus haut. Voici en effet, ce que nous lisons dans le vieux traité, classique, d'un des fondateurs de cette Revue, Courty : *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires*

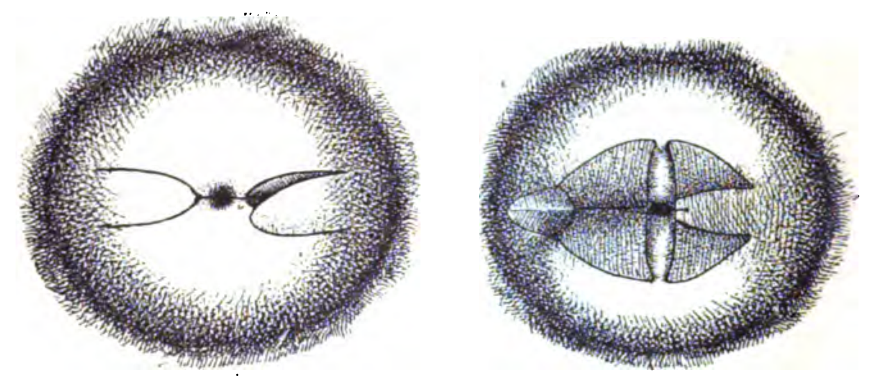


FIG. 2. FIG. 3.

et des trompes, édition III, 1881, p. 513.

« *Autoplastie par formation de commissures artificielles.* Si l'orifice est étroit, sans que le col soit conique, je taille des lambeaux latéraux triangulaires ou quadrangulaires ; une fois les lambeaux disséqués, renversés (fig. 4), je distends bien l'orifice à l'aide

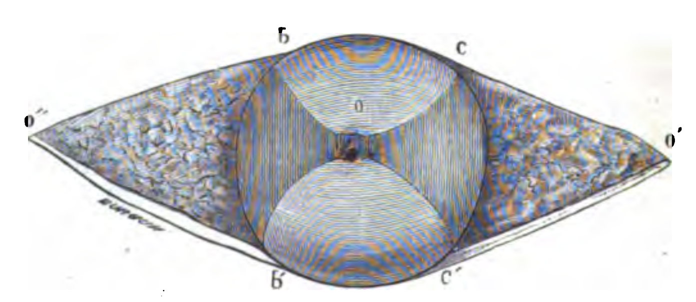


FIG. 4.

de mes pinces érignes divergentes, je le débride profondément à droite et à gauche (fig. 5), et, entre ces deux lèvres maintenues écartées, j'insinue dans chaque commissure saignante, plus ou

moins profonde, que je viens de faire, la surface saignante de chaque lambeau latéral, et je l'y maintiens à l'aide d'un simple point de suture ou de deux points de suture de chaque côté,

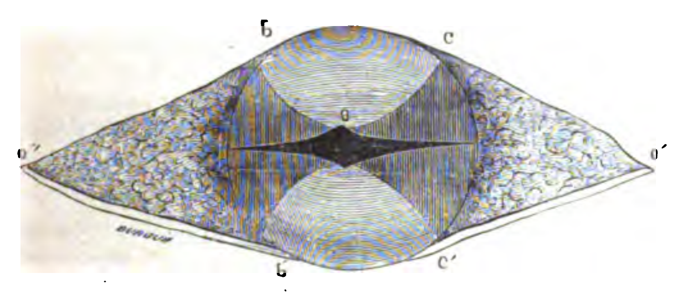


FIG. 5.

simplement tordus (fig. 6) ou retenus par deux boutons de chemise (fig. 7).

« Ce qu'il y a de plus intéressant à constater ce sont les résultats consécutifs de ces autoplasties : j'en ai vu datant de plusieurs années à la suite desquelles l'élargissement de l'orifice, avec de solides commissures, s'est parfaitement conservé. Chez

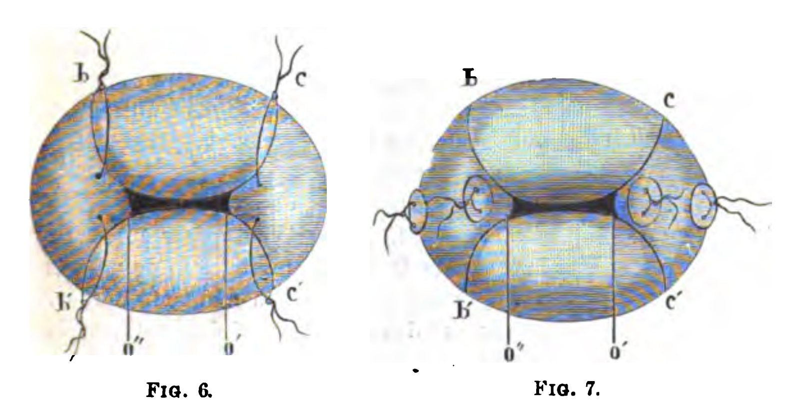


FIG. 6.

FIG. 7.

toutes les malades ayant subi cette opération, la dysménorrhée a été guérie, chez un grand nombre la stérilité a cessé. »

Si nous avons cru devoir rappeler cette description, ce n'est pas simplement pour rétablir un point de priorité, c'est aussi

pour qu'on sache que les résultats éloignés de l'opération qu'attendent les chirurgiens allemands sont bons et qu'on possède à cet égard de nombreuses et anciennes observations.

R. LABUSQUIÈRE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

M. ROUTIER : **Traitement des fistules vésico-vaginales** (1). — J'ai vu, comme M. Berger, un certain nombre de fistules vésico-vaginales, toutes consécutives à l'accouchement ; j'en vois moins depuis quelque temps, parce que les accoucheurs accouchent mieux et aussi, peut-être, parce que les chirurgiens qui savent opérer ces fistules sont plus nombreux.

Je ne veux pas parler de fistules vésico-vaginales créées par le chirurgien dans un but thérapeutique. Ces fistules sont faciles à oblitérer ; elles sont même parfois difficiles à entretenir.

Hormis ces cas, je compte dix opérations de fistules vésico-vaginales. Une fois j'ai dû faire l'oblitération du vagin, et il s'est formé des calculs. Une autre fois, j'ai opéré à deux reprises différentes une malade chez laquelle M. Verneuil était intervenu quinze fois. La fistule a fini par s'oblitérer d'elle-même, deux ans après ma dernière intervention.

Les deux gros écueils de ces opérations sont les brides et les adhérences. Dolbeau et Verneuil, que j'ai vus opérer autrefois, n'employaient pas la sonde de Bozeman. Je regrette de ne pas en connaître l'emploi, après ce que nous en a dit M. Berger. Je remplace le dilatateur par des incisions qui donnent parfois d'assez fortes hémorrhagies.

Une fois j'ai dû, pour combler une vaste perte de substance, attirer en bas le col de l'utérus et fixer sa lèvre antérieure à la partie antérieure de la vulve.

(1) Voir *Annales de gynécologie*, n° de mars, p. 177 et 183, les communications de MM. Berger et Bazy.

Ma conclusion est que pour toutes ces opérations autoplastiques, il faut faire de larges avivements. On peut suturer au fil d'argent, après affrontement. Je réserve cependant les crins de Florence aux fistules de cause chirurgicale. Je fais la simple torsion des deux fils d'argent que j'ai soin de prendre longs. Je n'ai plus tard qu'à les détordre pour les enlever.

M. Ricard. — Mon maître, M. le professeur Berger, m'a fait l'honneur de citer, l'autre jour, le procédé que j'ai préconisé dans le traitement des fistules vésico-vaginales. Ce procédé, je l'ai exposé au dernier Congrès français de chirurgie. Je ne veux pas vous redire aujourd'hui ce que j'ai dit alors ni vous rappeler mes observations. Mais je reviendrai seulement sur quelques points de ma technique tout en faisant remarquer qu'il ne s'agit pas là d'une méthode nouvelle et que vous en trouveriez les principaux éléments dans les communications faites par Velpeau, vers 1860, à la Société de chirurgie.

Le *premier temps* de mon opération est, pour moi, le temps capital. Il consiste dans l'abaissement de la fistule. Quelques-uns de mes collègues ont mis en doute la possibilité de cet abaissement. D'autres ont dit que j'avais la prétention d'abaisser ainsi toutes les fistules. Cela n'est pas. Mais je déclare que dans nombre de cas (dans les miens la chose a été possible), surtout dans le cas où la fistule vésico-vaginale est consécutive à une hystérectomie vaginale, on a affaire à des tissus souples qu'il est facile de faire descendre jusqu'à la vulve. D'autres fois, j'en conviens, l'abaissement est plus difficultueux et il se fait incomplètement. Mais n'est-ce pas déjà un avantage considérable que d'avoir pu amener le trajet fistuleux aussi près que possible des doigts de l'opérateur ?

Pour abaisser, donc, la région de la fistule, il faut surtout le vouloir et faire de cet abaissement un temps bien spécial, le premier temps du traitement de la fistule. Pour cela, il ne faudra pas introduire des valves dans le vagin, mais il faudra abaisser sans valves. Les valves distendraient les parois vaginales et nuiraient à l'abaissement. Ensuite, seulement, on introduira une valve dans le vagin et encore faudra-t-il que ce soit une valve courte.

Le *deuxième temps* de mon opération consiste dans l'avivement du trajet fistuleux. La règle générale qui doit dominer cet avive-

ment, c'est la nécessité de mobiliser les parties que l'on va suturer et de les mobiliser à fond. Pour faire cette mobilisation, j'incise à droite et à gauche de la fistule l'épaisseur de la muqueuse et je dissèque en dédoublant les parois vaginale et vésicale. Dans beaucoup de cas, cette dissection est facile. On a ainsi deux lambeaux latéralement, et, au centre de la paroi vaginale, le trajet fistuleux. Du côté de la paroi vésicale, je ne m'occupe pas du trajet. Je ne m'en occupe que du côté de la paroi vaginale où j'avive et où je réunis par des fils à suture.

J'ai pu faire ainsi quatorze fois cette opération avec un égal succès. Mais je reviens encore sur la nécessité de mobiliser autant que possible la région fistuleuse si l'on veut mener les choses à bien. J'en prends à témoin M. Routier qui, dans un cas, a dû mobiliser l'utérus et même faire l'hystérectomie vaginale. Je ne tiens donc pas à tel lambeau plutôt qu'à tel autre pour obturer la fistule, mais je tiens à une mobilisation absolue de façon à faciliter plus tard l'affrontement.

Le *troisième temps* consiste dans la suture. J'ai pour habitude de ne suturer que la cloison vaginale sans m'occuper de la paroi vésicale. Cela suffit et l'injection de liquide coloré dans la vessie, aussitôt l'opération, laisse habituellement à sec le trajet fistuleux ainsi suturé. Comme M. Berger, je préfère employer les fils d'argent. Je pense que les soies s'infiltrent trop facilement de liquide et s'infectent. Je prends des fils d'argent volumineux. Je compte les tours de façon à pouvoir plus facilement enlever les fils plus tard. Je les laisse en place environ huit ou dix jours.

Si l'asepsie du vagin a été faite avec soin, on doit obtenir une réunion parfaite, sèche et sans rougeur aucune.

Je conviens, cependant, que dans certaines fistules consécutives à l'accouchement, la mobilisation est difficile. Aussi je n'ai pas l'intention d'être absolu dans les applications ni dans les résultats de mon procédé.

J'ajouterai enfin que si le vagin a des adhérences, il y a des cas où l'on sera obligé de faire la laparotomie pour traiter la fistule vésico-vaginale. Mais je ne veux pas insister sur ce côté de la question, devant y revenir prochainement à propos d'un rapport dont vous m'avez chargé.

M. Lucas-Championnière. — Il ne faut pas exagérer une des méthodes proposées dans un sens déterminé. Les uns ont exagéré

les méthodes américaines. D'autres ont critiqué Jobert de Lamballe. Je l'ai vu opérer, il opérait bien, seuls les fils qu'il employait méritent la critique. Il mettait des soies trop grosses et qui laissaient plus tard de petites fistulettes lorsqu'on les sortait.

Le fil d'argent a été un progrès. C'est un progrès qu'il faut maintenir. Je le préférerais au catgut.

Je ne crois pas que l'opération de la fistule vésico-vaginale soit si difficile qu'on veut bien le dire. Depuis que nous les opérons dans de meilleures conditions, nous obtenons tous de bons résultats.

Tout se ramène, en somme, dans l'avivement d'une surface large à la façon des Américains.

Il me paraît difficile de grouper les faits. Il y a des cas d'une simplicité extrême dans la réparation. D'autres fois, la réparation est très difficile. Il semble qu'il faille tenir compte, à ce point de vue, des qualités de l'urine du sujet.

Le fait suivant le prouve : J'ai opéré chez une dame une fistule vésico-vaginale siégeant au voisinage de l'urèthre. Tout le monde sait combien ces fistules sont difficiles à guérir. Une première fois la fistule se ferma. La fermeture résista même à un accouchement, mais, huit mois après cet accouchement, elle se rouvrit. La cause de cette réouverture me parut être un petit calcul vésical développé au niveau de l'ancienne fistule. Cette fois-ci la guérison de la fistule ne fut obtenue qu'après deux tentatives.

J'ai opéré 24 fois une femme qui continue à avoir sa fistule. Toutefois, cette fistule a des dimensions plus petites. Cette fistule s'était montrée après le septième accouchement. L'accouchement s'était fait lentement. Le médecin avait cru utile d'appliquer le forceps. Le résultat de cette application fut la destruction d'une partie du vagin et du segment inférieur de l'utérus. Je n'ai jamais vu de fistule si grande. J'ai fermé le vagin. J'ai pu rétrécir suffisamment la région pour donner une vessie à la malade. Il s'est fait un certain nombre de calculs. Je n'ai réussi qu'une seule fois à lui fermer la vessie. Mais elle eut alors de telles douleurs rénales (d'origine calculeuse) que je dus ouvrir la vessie dans un autre point. Cela témoigne de la prédisposition des reins aux calculs, dans certains cas, et il faut y penser.

Je crois donc, en somme, que l'on peut donner quelques préceptes généraux, mais rien d'absolu dans le traitement des fistules vésico-vaginales.

M. Routier a dit vrai en faisant observer que l'on voyait aujourd'hui moins de fistules qu'autrefois. Il est vrai que j'en ai vu un très grand nombre à Vienne. Mais à Vienne une grande partie des femmes enceintes accouchent sans aucun secours, et l'accouchement se fait lentement. Il se produit alors presque toujours une fistule vésico-vaginale.

A Paris, on paraît accoucher dans de meilleures conditions, et nous y voyons certainement moins de fistules. Il est vrai aussi que tout le monde sait les opérer. De là une cause possible de leur moindre fréquence pour chacun de nous.

M. Berger. — Pour employer le procédé de M. Ricard, il faut des cas exceptionnels. Tous les miens présentèrent des adhérences nombreuses avec du tissu de cicatrice et n'auraient pu profiter de l'abaissement. Aussi je persiste à donner la préférence au procédé que j'ai suivi avec la dilatation de Bozeman.

M. Quénu. — Seulement quelques courtes réflexions : Je suis de l'avis de M. Ricard quand il conseille d'abaisser d'abord la fistule. J'ai fait huit ou dix opérations de ce genre. J'ai toujours dédoublé la cloison vésico-vaginale. Seulement, à l'inverse de M. Ricard, je suture la paroi vésicale, mais sans passer mes fils à travers la muqueuse ; j'adosse ensuite les lèvres vaginales. Je ne crois pas à l'importance du choix des fils. Je prends toujours du catgut.

Il y a évidemment des cas difficiles, surtout quand la fistule siège haut. C'est pour ces cas qu'on emploie le procédé de Jobert ou le glissement, mais ce glissement est, la plupart du temps, difficile à obtenir, à cause du tissu de cicatrice.

En 1889, j'ai employé dans ces cas l'avivement du col de l'utérus et fait une section de la lèvre antérieure de ce col. Le lambeau ainsi détaché a servi à boucher la fistule. Ce petit procédé a été certainement signalé déjà par les gynécologistes. Je n'en parle que parce que qu'il m'a donné un succès.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 11 mars 1897.

Petit : **Traitement de l'anus vulvaire congénital.** — M. Petit présente une petite malade de 10 ans qu'il a opérée d'un

anus vulvaire congénital : Développement normal des os iliaques et du sacrum, mais absence de coccyx. L'anus s'ouvrait un peu au-dessus de la fourchette par un orifice ovalaire, limité en haut et sur les côtés par un hymen en croissant. Il admettait la phalange de l'index, et conduisait à une ampoule qui s'incurvait légèrement vers le bas avant de se continuer en haut à plein canal avec le rectum. L'enfant n'arrivait qu'imparfaitement à retenir les matières fécales.

M. Petit pratiqua le procédé de transposition du périnée de Rizzoli. Incision du périnée depuis la fourchette jusqu'à un point situé au delà de l'emplacement normal de l'anus, séparation par dissection du rectum et du vagin, fixation de l'orifice anal à l'angle postérieur de la plaie, suture de la peau à la muqueuse, fermeture du périnée. Suites opératoires parfaites, réunion par première intention. Actuellement la petite malade n'a plus d'incontinence des matières fécales. L'auteur discute les différents procédés qui ont été préconisés pour remédier à cette grave infirmité et défend le procédé de Rizzoli.

M. Coville : **Monstre symélien.** — Le monstre présentait les particularités suivantes : Les membres inférieurs sont réunis dans l'étendue de 10 c. 1/2 par un pont musculo-membraneux. Les membres inférieurs présentent par rapport au corps une direction absolument normale. Il y a absence complète d'anus, dont l'emplacement est occupé par un appendice cutané, présentant à sa base un petit pertuis qui admet l'extrémité du stylet.

Pas d'organes génitaux externes, représentés seulement par un petit tubercule sous-pubien de la grosseur d'un petit pois. Les malformations organiques portent sur le gros intestin et les organes génito-urinaires. Le côlon transverse, le côlon descendant, le rectum manquent absolument. Le cæcum et le côlon ascendant considérablement distendus par le méconium existent. Il n'y a point de vessie, pas d'ouraque, pas d'uretère, mais les reins sont normaux d'aspect et de dimensions.

Les ovaires et les trompes sont normaux, mais l'utérus est bifurqué ; il est représenté par deux cornes dirigées en bas et en dehors, à l'extrémité desquelles viennent prendre insertion les trompes et les ligaments ronds. Il n'y a pas trace de vagin.

M. Maygrier fait observer que, malgré l'absence de vessie, on n'observait aucune anomalie du côté du placenta.

M. Lutaud : **Appendicite et annexite.** — Le diagnostic différentiel de l'appendicite et de l'annexite droite présente souvent de réelles difficultés. Il est possible de confondre les suppuration d'origine cæcale avec les suppurations péri-utérines d'origine génitale. L'auteur rapporte trois cas dans lesquels des suppurations d'origine péri-cæcales ont été confondues avec des pyo-salpinx. Ces faits lui paraissent de nature à appeler l'attention des gynécologues. Il y a quelques années le pyo-salpinx avait remplacé toutes les autres variétés d'inflammations pelviennes, aujourd'hui l'appendicite accapare l'attention des médecins. Il est probable que si les trois cas rapportés avaient été observés en 1896, l'auteur aurait évité l'erreur de diagnostic, qui, heureusement pour les malades, n'a eu aucune conséquence grave.

Discussion. — Budin fait observer qu'il y a des caractères différentiels permettant d'éviter les causes d'erreur : Le siège de la tumeur n'est pas le même,celui de la douleur non plus. En cas d'appendicite, on ne trouve rien dans le cul-de-sac vaginal, la tumeur n'est pas au contact de l'utérus, on peut percevoir les annexes qui ne sont pas augmentées de volume. — Doléris. Le phlegmon intestinal est élevé, les annexes enflammées tendent à descendre vers le fond du bassin. L'annexite est précédée d'une inflammation puerpérale ou gonococcique. Dans la pratique, l'erreur de diagnostic que signale M. Lutaud ne doit pas être souvent commise.

REVUE DES PÉRIODIQUES RUSSES (1)

Journal d'accouchements et de gynécologie de St-Pétersbourg
(2e semestre 1896).

Opération pour prolapsus utérin, par Abrajanov.

Le Dr Abrajanov propose le procédé opératoire suivant pour les prolapsus utérin et vaginal. A la hauteur de la portion vaginale de l'utérus, dans sa paroi, antérieure on taille un lambeau de trois centimètres de largeur dans la direction horizontale, ses

---

(1) Voir *Annales de gynécologie,* mars 1897, p. 254.

bords sont distants d'un centimètre des parois latérales et sont plus haut que le milieu.

Après la préparation de ce lambeau constitué de la muqueuse et d'une partie de la sous-muqueuse, il est enlevé et il reste une surface ensanglantée.

A la même hauteur, on prépare une surface pareille sur la paroi postérieure.

On taille des lambeaux pareils dans les parois latérales, leurs bords doivent dépasser les parois antérieure et postérieure et être plus haut que le milieu. Ensuite avec un fil de soie on passe avec une aiguille, enfoncée une seule fois sous toute la longueur de la surface ensanglantée. Sous chaque surface on passe trois de ces sutures.

On les serre d'abord sur les parois antérieures et postérieures et ensuite sur les parois latérales,

De cette façon on obtient deux anneaux incomplets de fermeture, formés en haut par quatre planchettes (rayons) de 3 centim. de largeur, dont la masse s'est formée du contact des plis de la surface ensanglantée. Comme les extrémités de ces derniers se trouvent plus haut que le milieu, la partie de la planchette la plus proche de l'axe du vagin est située plus haut que la partie qui passe sans intermédiaire dans la paroi vaginale.

Par ce procédé on raccourcit également le vagin dans sa longueur.

Après avoir noué les sutures, l'opération est finie. Les bouts de soie sont sortis par l'étroite fente médiane et sont enlevés à la fin de la troisième semaine.

Sarcome des ovaires, par MYKERTCHIANTZ.

Le Dr Mykertchiantz a fait une communication des deux cas de sarcome des ovaires qu'il avait opérés.

Le premier de ces cas est une femme de 26 ans, toujours mal réglée. Huit mois avant son entrée à l'hôpital, s'est aperçue pour la première fois de l'existence dans le bas-ventre de deux petites tumeurs, dont chacune était grosse comme un œuf de poule. La mère de la malade a été opérée à l'âge de 37 ans d'un polype fibreux de l'utérus.

L'abdomen tendu, augmenté de volume, 90 centim. de circonférence au niveau de l'ombilic. On sent dans le côté gauche une

tumeur ovale et dans le côté droit une tumeur arrondie, toutes les deux solides, inégales et peu mobiles.

Ascite. Pendant son séjour à l'hôpital l'ascite commença à augmenter, en provoquant des accès d'étouffements, surtout le soir. accompagnés de douleurs de ventre. La température oscillait entre 36°,8 et 38°,3.

A l'ouverture du ventre, le péritoine est apparu épaissi et chroniquement enflammé.

La tumeur de l'ovaire gauche était de la grosseur d'une tête d'un adulte, à pédicule court et large.

Celle de l'ovaire droit de la même dimension, mais sans pédicule et adhérente aux parties voisines.

Après l'opération, la malade se sentait bien ; rien de particulier jusqu'au 9 octobre, quand elle a commencé à se plaindre de douleurs dans l'aine droite, et l'on y constata une légère matité.

A partir de ce moment, les douleurs tantôt diminuaient, tantôt s'exaspéraient, ainsi que le météorisme ; enfin celui-là est devenu permanent, les vomissements fécaloïdes ont apparu.

Comme tous les moyens employés n'ont eu aucun succès, on a dû procéder à la seconde laparotomie.

Encore cette fois-ci beaucoup de liquide ascitique s'est écoulé. L'auteur a pu constater par la palpation de très nombreuses et très solides adhérences aussi bien entre les anses intestinales qu'entre l'intestin et la paroi abdominale, la vessie, etc.

En outre, des petites saillies, grosses comme des lentilles, étaient disséminées partout dans toute la cavité abdominale et particulièrement à la surface des intestins. Elles s'élevaient tantôt sur la surface de la séreuse, tantôt elles apparaissaient sous elle par transparence comme des taches blanchâtres.

Les intestins ont été libérés, mais il a été impossible de détruire toutes les adhérences et n'étant pas sûr de la perméabilité des intestins, on a dû faire un anus contre nature.

La malade est morte le lendemain soir.

On n'a pu faire que l'examen du petit bassin : outre les points sarcomateux mentionnés. deux glandes lymphatiques étaient dégénérées en sarcome.

2e *Observation*. — Malade, âgée de 28 ans. Quatre mois avant son entrée à l'hôpital s'est aperçue que son ventre augmentait de volume et en même temps elle sentait deux petites tumeurs,

ensuite l'œdème de la jambe gauche est apparu et plus tard l'œdème des deux lèvres.

A son entrée, tuméfaction de la glande parotide, œdème des téguments de la lèvre droite, du mont de Vénus et de l'abdomen. Ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Rate augmentée de volume. Ascite.

Par la palpation, on sent une tumeur solide, légèrement inégale remontant au-dessus de l'ombilic ; par le vagin, on sent deux tumeurs, une plus grande dans le cul-de-sac gauche et l'autre plus petite dans le cul-de-sac droit, solides, peu mobiles, accolées en arrière l'une contre l'autre.

Laparotomie. — Peu de liquide ascitique. Péritoine sain. La tumeur de l'ovaire gauche ovale, d'une grosseur d'une tête d'enfant, solide, légèrement inégale, d'une couleur de viande blanchâtre présentant des points sanguins, groupés dans certains endroits. A la section, des foyers d'une grandeur de cerise, à contenu colloïde. Points sanguins à la périphérie seulement. La plus petite tumeur, comme un œuf d'oie, ovale, même nature, pas d'amas colloïde. L'examen microscopique des deux tumeurs a démontré la structure propre au sarcome à cellules fusiformes.

La malade est sortie de l'hôpital guérie.

Un cas d'opération césarienne par suite d'une tumeur du petit bassin, par RAKAEF.

La malade, âgée de 35 ans. IV pare.

La cuisse droite dans son tiers supérieur et la fesse de même sont considérablement plus grandes que du côté gauche, la circonférence de la cuisse est de 77 centim., celle de la cuisse gauche à la même hauteur, 32 centim. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale très limités. A la palpation, c'est une tumeur solide, presque osseuse, immobile, embrassant la partie supérieure de la cuisse et passant sur les os du bassin. Diagnostic : sarcome ; par suite du développement assez rapide, 3 centim. et demi et du volume de la tumeur, césarienne.

Guérison, le 12e jour malade sortie de l'hôpital.

Dr RECHTSAMER.

TRAVAUX DU *Wratch*.

Les injections intra-utérines comme moyen de traitement des états inflammatoires de l'utérus, de ses annexes et du péritoine pelvien, par le professeur J.-N. GRAMMATIKATI (1).

De nombreuses observations faites à la clinique obstétrico-gynécologique de Tomsk établissent l'heureuse influence des injections médicamenteuses intra-utérines sur la marche de diverses affections aiguës et chroniques des organes génitaux. Ce mode de traitement a d'abord été appliqué à une série de cas aigus, déjà publiés antérieurement (2); la métrite blennorrhagique aiguë, compliquée de péritonite pelvienne, s'éteint en quelques semaines sans laisser d'exsudat péri-utérin, la fièvre disparaît dès les premiers jours du traitement; — c'est dans cette affection que la méthode préconisée donne les plus beaux résultats.

Dans les métrites chroniques, les inflammations subaiguës ou chroniques des annexes, du tissu cellulaire et du péritoine pelviens, l'effet résolutif, la résorption des exsudats, la sédation des phénomènes douloureux sont constatés, et lorsque l'existence du pus oblige à recourir à une intervention opératoire elle est faite dans de meilleures conditions, le mal s'étant limité. Voici la technique fort simple des injections intra-utérines : l'auteur se sert d'une solution d'alumnol dans la teinture d'iode (alumnol : 2 gr. 50, teinture d'iode : 25 gr., alcool à 90° : 25 gr.), dont il injecte de un à deux grammes à l'aide de la canule de Braun.

Si le canal cervical n'admet pas librement la canule, on le dilate à l'aide de bougies d'Hegar. Un gramme de solution suffit lorsque les annexes peu altérées permettent de supposer que l'embouchure des trompes est perméable; on injecte jusqu'à deux grammes quand il y a de la périmétrite exsudative, ou une collection dans la trompe. L'injection est répétée tous les jours, de manière à arrêter les règles, ce qui arrive au bout de 15 à 20 injections; on continue jusqu'à 40 injections, qui sont en général suffisantes; l'aménorrhée persiste en général durant deux et même trois mois. Sur 3,000 injections faites à la Clinique on n'a jamais noté d'accidents quelconques; la douleur est peu vive et

---

(1) *Wratch*, n° 29, 1896.

(2) LEBEDEFF. Nouvelles de l'Université de Tomsk, 1895.

passagère, se calmant par un repos d'un quart d'heure à une demi-heure, ce qui permet d'appliquer le traitement aux malades externes.

Un cas d'arrachement du vagin pendant le travail, par F.-J. FOTCHA (1).

Femme de 35 ans, neuvième accouchement à terme; le travail s'annonce normalement, la poche des eaux se rompt au bout de huit heures, mais le travail s'arrête bientôt après définitivement et aucune intervention n'a lieu jusqu'à l'entrée de la paturiente à l'hôpital de Kherson, trente-deux heures plus tard. Le fœtus, mort et déjà macéré, est extrait sans aucune peine, la tête et les pieds étant dans le vagin, le tronc apparemment dans la cavité abdominale.

L'examen local, fort difficile à cause des symptômes de péritonite et des douleurs abdominales, fait reconnaître l'existence d'une déchirure du cul-de-sac vaginal gauche et antérieur; la malade succombe trois jours plus tard et on trouve à l'autopsie le vagin arraché dans les deux tiers de son étendue, ne tenant plus à l'utérus que par le cul-de-sac postérieur et la moitié du cul-de-sac droit; l'utérus ne présente rien d'anormal. L'arrachement du vagin est extrêmement rare. Garguenberg (de Moscou) n'a pu en réunir que 39 cas dans la littérature jusqu'en 1875; Garine en a réuni 15 autres de 1875 à 1890.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Amann. *Kurzgefasstes Lehrbuch d. mikoskopics-gynäkologischen Diagnostik.* Wiesbaden, 1896. — **Armstrong.** The Latent Gout of the menopause. *The Bristish med. J.*, février 1897, p. 469. — **Bauer.** *E. Fall von localem traumatischen Emphysem nach Laparotomie.* Tubingen, 1896. — **Bouchet.** *Recherches bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines.* Th. Paris, 1897. — **Burrage.** Congenital absence of uterus and vagina. *The American Journal of medical Scien.* Philadelphia, mars 1897, vol. CXIII, p. 310. — **Carl Beck.** Description of specimen taken from a hermaphrodite. *Medical Record New-York*, 20 février 1897, p. 260. — **Claisse (A.).** Die Masseninjectionen von

---

(1) *Wratch*, 1896, n° 35.

Salzlösungen bei Hœmorrhagien und Infectionen. *Wiener Mediz. Presse*, 1897, nº 1, p. 3. — **Cortiguera (J.)**. Anomalias del utero. *Anales Obst. Ginec. y Pediatria*, mars 1897, p. 65. — **Croom Halliday**. On some peculiar relation of abdominal and pelvic tumours. *The Edinb. med. J.*, janvier 1897, p. 11. — **Ely von de Warker**. Gynecological aspects of neurasthenia. *Annals of Gyn. a. Pædiat.*, janvier 1897, nº 4, p. 195. — **Fraenkel**. *Tagesfragen der operativen Gynäkologie. Beobactungen u. Ergebnisse der operativen Thätigkeit in den J. 1893-1896*. Vienne, 1896. — **Fish**. Shall we leave the uterus *in situ* in excision of the adnexa. *Am. J. of Obst.*, janvier 1897, p. 86. — **Grusdew**. Zur Histologie der Fallopian' schen Tuben. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 10, p. 257. — **Hamonic**. Les vomissements réflexes dans les affections des organes génito-urinaires. *Rev. clinique d'andrologie et de gynéc.*, février 1897, p. 38. — **Hobbs**. Résumé of the gynecological work done at the London asylum. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mars 1897, p. 396. — **Lackie J. Lamond**. Retention of menstrual fluid in one half of a double uterus. *Edinb. med. J.*, mars 1897, p. 274. — **Lewers**. Case of double uterus with double hæmatometra and complete absence of the vagina. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 327. — **Macnaughton-Jones (A.)**. Gynæcology in Berlin. *British med. J.*, février 1897, p. 536. — **Raake**. *Beitrag. z. Lehre vom Hermaphroditismus spurius masculinus uterinus*. Wurzbourg, 1896. — **Robinson (Byron)**. Observations upon the absorption of fluids by the peritoneum. *Annals of Surgery*, 1897, I, 332. — **Schaeffer**. Zur Frage der Catgutsterilisation. *Berl. klin. Wochensch.*, 1897, nº 2, p. 27. — **Schultze**. *Grundris der Entwichlungsgeschichte des Menschen u. der Säugethiere f. Studirende u. Aertze*. Leipzig, 1896. — **Thomas**. Étude sur la sténose du pylore par adhérences péritonéales. *Rev. méd. de la Suisse romande* 1897, p. 1. — **Touton**. Ueber Provokation latenter Gonokokken. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 2, p. 41. — **Towensend**. A case of precocious maturity. *The Boston Med. a. Surg. J.*, mars 1897, p. 231. — **Walton**. A propos de la communication de M. Keiffer sur l'anatomie comparée de l'utérus. *Bullet. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, janvier 1897, p. 5. — **Winter**. *Lehrbuch d. gynäkologischen Diagnostik*. Leipzig, 1896.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Bonnetblanc**. *Indications du curettage*. Th. de Paris, 1896-1897, nº 114. — **Chassevane**. L'opothérapie. *Revue de thérapeutique méd. chirurgicale*, janvier 1897, p. 1. — **Courtin**. Nouveau modèle de fixateur en caoutchouc pour maintenir dans l'utérus les tiges de toutes sortes. *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, mars 1897, p. 138. — **Johann Kalabin**. Zur Frage über die Behandlung des Krebses mit Chelidonio majore. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 11, p. 292. — **Latis**. La tiroïde in ginecologia. *Annali di Ost. e Ginec.* février, 1897, p. 167. — **Macnaughton (Jones)**. Self retaining glass retractors. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre-novembre-décembre 1896, p. 345. — **Marchesi**. Methodi di dilatazione artificiale del collo. *Riforma medica*, 29 décembre 1896. — **Sauhmann**. Un spéculum nouveau. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, nº 2, p. 38.

VULVE ET VAGIN. — **Ferraresi**. I setti traversali della vagina. *Annali. di ost. e ginec.*, février 1897, p. 131. — **Finger**. *Die Blennor-*

rhöe d. Sexualorgane u. ihre Complicationen. Vienne, 1896. — **Latouche.** Absence congénitale du vagin. *Archives provinciales de chirurgie*, avril 1897. — **Marfan.** Causes et symptômes de la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles. *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, 1897, n° 21, p. 241. — **Pichevin** et **A. Petit.** Sur le kraurosis vulvœ. *La Semaine gynécologique*, 1897, n° 7, p. 49. —**Roberts.** Notes of primary epithelioma of vagina. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre-novembre-décembre 1896, p. 381. — **Schwarzo.** Ein neuer Scheidenhalter bei vaginalen Operationen. *Cent. f. Gyn.*, janvier 1897, n° 3, p. 80. — **Sinclair.** On vaginismus. *The medical Chronicle*, Manchester, décembre 1896, t. VI, p. 161. — **Wilson.** Atresia of the vagina. *Med. Record*, février 1897, p. 231. — **Winternitz.** *Fremdkörper in der Scheide u. über Scheidenpessarien.* Tubingen, 1896.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Argenta** (de) Des vomissements dits incoercibles de la grossesse comme cause de prolapsus génitaux. *La Gynécologie*, février 1897, p. 59. — **Ballantyne** et **Thomson.** Congénital prolapsus uteri with two illustrative cases. *Am. J. of. Obst.*, février 1897, p. 161. — **Cortiguera (J.).** Inversio del utero. *Anales obst. gynecol. y. pediat.*, janvier 1897, p. 5. — **Delbet.** Colpocystopexie et nouveau procédé de colpopérinéorrhaphie. *Gaz. des hôpitaux*, janvier 1897, p. 63. — **Edebohls.** Shortening the Round ligaments : Indications, technics and results. *The Am. gyn. a. obst. J.*, décembre 1896, p. 671. — **Elischer.** Zur operation des retroflektirten uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 10, p. 265. — **Funke.** Zur totalen Uterusextirpation per Laparotomiam speciell zur Beurtheilung der Stellung der Operation zur Myomotomie. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1877, t. XXXVI, p. 133. — **Küstner.** Die operative Behandlung der Retroversio flexio uteri. *Samml. klinisch. Vorträge*, décembre 1896. — **Laurent.** A propos de la communication du Dr Henrotay sur un cas d'inversion utérine. *Bull. Soc. belge de gyn. et d'obst.*, janvier 1897, p. 3. — **Levy.** Procédés opératoires contre l'antéflexion utérine. *Semaine gynéc.*, 16 mars 1897. — **Lowell.** Ventro-suspension of the uterus. *The Boston Med. a. Surg. J.*, février 1897, p. 149. — **Otto Küstner.** Die operative Behandlung d. retroflexio uteri. *Sammlung klin. Vortrage.* Leipzig, 1897. — **Pouey.** Traitement de l'inversion utérine chronique par la traction élastique prolongée du col combinée à la propulsion du fond de l'utérus. *La Gynécologie*, février 1897, p. 45. — **Simoes.** *Des rétrodéviations mobiles; de leur traitement par l'opération d'Alquié-Alexander.* Th. Paris, 1897. — **Sperlin.** Retroflexio Colli mittels Kolpo-Cœliotomia posterior. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 7, p. 180. — **Thomas Jonnesco.** Ein neues Verfahren in der Behandlung der Retrodeviatio uteri (Retroflexio und Retroversio). *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 11, p. 294.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS. — **Bacon.** A basis for the diagnosis of the so-called inflammatory diseases of the uterus. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, janvier 1897, p. 12. — **Bellini.** *Contribution à l'étude des rapports de la môle hydatiforme et du déciduome malin*, Th. de Paris, 1896-1897, n° 90. — **Binkley.** The prognosis of inflammatory conditions of the uterus, endometritis and metritis. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, janvier 1897, p. 25. — **Dudley.** Classification of inflammation of the uterus and its relation to circum uterine inflammation. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, jan-

vier 1896, p. 1. — **Hunter Robb.** Microscopical examination of uterine scrapings. *The Am. J. of med. Sc.*, janvier 1897, p. 60. — **Latour (Auguste).** *De la métrite hémorrhagique fongueuse chez la vierge et de son traitement par le curettage.* Th. de Lyon, 1896, série 1, n° 1221. — **Pichevin** et **Petit.** Lésions valvulaires de l'utérus, métrorrhagies. *La Semaine gynécologique*, Paris, 15 décembre 1896, p. 361. — **Turgard.** Allongement hypertrophique du col de l'utérus; son traitement. *Annales de la policlinique de Lille*, 1897, n° 1, p. 14, 39. — **Watkins.** Treatment of endometritis. *The Am. gyn. a. obst. J.*, janvier 1897, p. 27.

TUMEURS UTÉRINES. HYSTÉRECTOMIE. — **Bäcker.** Ueber Aetiologie und Therapie des Gebarmütterkrebses. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. I, p. 47. — **Baldy.** A method of preventing vaginal prolapse following abdominal hysterectomy. *Am. J. of Obst.*, janvier 1897, p. 81. — **Bergonié.** Sur un cas de fibrome utérin volumineux ayant considérablement diminué de volume à la suite d'un traitement par la faradisation. *Gaz. hebdm. des Sc. méd. de Bordeaux*, mars 1897, p. 139. — **Binaud.** Corps fibreux intra-utérin. Incision bilatérale du col; ablation de la tumeur par morcellement. *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1897, n° 9, p. 99. — **Bossi.** Méthode d'hystérectomie vaginale. *Gynécologie*, février 1897, p. 54. — **Bossi.** Sulla tecnica dell' isterectomia vaginale. *Annali di Ost. e Gin.*, février 1897, p. 118. — **Burckhard.** 50 Fälle von vaginales Totalexstirpation des uterus nach des Doyen-Landau'schen Method. *Arch. f. Gyn.*, t. LIII, p. 382. — **Chalot.** La transplantation systématique des deux uretères et la ligature préventive des deux artères iliaques internes pour extirpation large du cancer diffus de l'utérus par l'abdomen. *Archives de gyn. et d'obst.*, 1897, n° 9 à 12, p. 785. — **Cristopher Martin.** Hæmato-metra a. hæmatosalpinx due to atresia of the vagina; abdominal hysterectomy with suture of the uterine Stump to the abdominal Wall. *The British gyn. J.*, février 1897, p. 462. — **Damas (Eugène).** *Essai expérimental et clinique sur les complications infectieuses des fibromyômes utérins.* Th. de Lyon, 1896, 1re série, n° 1117. — **Döderlein.** Zur Technik d. vaginalen Totalexstirpation, Klammern oder Ligatur? *Cent. f. Gyn.*, janvier 1897, n° 3, p. 74. — **Dorff.** Présentation de pièces anatomiques de différents fibromes. *Soc. belg. gyn. et d'obst.*, janvier 1897, p. 5. — **Duncan.** Five specimens of fibroid tumour of the uterus removed by the intraperitoneal method *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 345. — **Edge.** Fibromyomatous uterus removed by Doyen's method of panhysterectomy. *British med. J.*, février 1897, p. 498, 526. — **Elder.** Remarks suggested by four recent hysterectomies (malignant disease of uterine body; uterine fribroid; intra-ligamentous fibroid Tumour.) *British med. J.*, février 1897, p. 487. — **Ely Van de Warker.** Rare complications in two cases of hysterectomy. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, décembre 1896, p. 738. — **Fraisse.** Hystérectomie vaginale appliqué au traitement des lésions inflammatoires de l'utérus et de ses annexes. *Rev. clinique d'androl. et de gyn.* 1897, n° 3, p. 80. — **Gannat.** *De l'hystérotomie médiane vaginale comme moyen d'extirpation des fibromes sous-muqueux de l'utérus et d'exploration de la cavité utérine.* Th. Paris, 1997. — **Gemmell.** A case of adenoma uteri malignum. *The medical chronicle*; Manchester, février 1827, t. VI, p. 343-345. — **Goelet (A.)** Improved technique of vaginal

ligation of the uterine arteries for uterine fibromata. Indications for the operation. *Med. Record*, mars 1897, p. 338. — **Jacobs**. Contribution au traitement chirurgical du fibrôme utérin. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, n° 2, p. 32. — **Johnson**. Treatment of cancer of the uterus. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 31 décembre 1896, p. 671. — **Keeleng**. Porro's operation. *The Lancet*, Londres, 27 février 1897, p. 594. — **Landau (L.) et Landau (T.)**. *Die vaginale Radicaloperatio*. Berlin, 1896. — **Lange**. Ueber die Diagnose u. Therapie d. Carcinoma uterï. *Sammlung zwangloser Abhandlungen aus d. Gebiete d. Frauenkeilh. a. Geburtsh.* Halle, 1896. — **Lapthorn Smith**. Rapid decrease in the sise of a fibroid tumor of the uterus following its treatment by electricity. *Am. J. of Obst.*, février 1897, n° 271. — **Lawson Tait**. The modern treatment of myomatous disease of the uterus. *British med. Journal*, 27 mars 1897, p. 779. — **Monod et Chabry**. Note sur un cas de déciduome malin. *Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1797, n° 1, p. 59. — **Otto Küstner**. Ueber Indikationen u. Kontraindikationen d. Myomotomie. *Samml. klin. Vorträge*, Leipzig 1896. — **Pauchet**. Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus. *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1897, n° 14, p. 157. — **Palm**. Ein Fall von Cystadenofibroma Cervicis; casuistischer Beitrag zu den Adenomyomen. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft 1, p. 92. — **Pfeiffer**. Abdominal hysterectomy complicated with double ovariotomy ; recovery. *The Boston med. a. Surg. J.*, février 1897, p. 131. — **Pujol**. Fibro-myômes et conception. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1897, n° 9 à 12, p. 720. — **Purcell**. On fibromyoma removed by pan-hysterectomy. *British med. J.*, février 1897, p. 479. — **Quillian**. Supra-pubic operations for fibroid with report of cases. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mars 1897, p. 360. — **Reinicke**. Zur Frage des Sarcoma deciduocellulare. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 1, p. 105. — **Routh**. Entirely detached uterine fibroïd. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 388. — **Sänger**. Ueber vaginale Klemmen-Hysterectomie. *Cent. f. Gyn.*, janvier 1897, n° 3, p. 65. — **Sebileau (P.)** Traitement des polypes de l'utérus. *Gaz. méd. de Paris*, janvier 1897, p. 13-43. — **Segond (P.)**. Le décubitus acutus, complications possibles de l'hystérectomie vaginale. *Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*. 1897, n° 1, p. 59. — **Spanton**. Papillate fibroma of cervix uteri. *British Gyn. J.*, février 1897, p. 468. — **Spencer**. Three cases of Porro's operation with intraperitoneal treatment of the stump. *Transactions of obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 387. — **Vitanza**. La estirpazione totale dell' utero per cancro. *Annali di Ost. e Gin.*, février 1897, p. 152.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Audebert**. Annexites et curettage. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, février 1897, p. 89. — **Battle**. An undescribed symptom in peritonitis. *The Lancet*, Londres, 27 mars 1897, p. 871. — **Biermer**. Zwei Fälle von Ovarialhernien. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 9, p. 233. — **Chicken**. Removal of the uterine appendages. *The Lancet*, Londres, 27 février 1897, p. 593. — **Delagénière**. Appendicite et pyosalpingite bilatérales ; résection de l'appendice et double salpingo-oophorectomie. *Arch. méd. d'Angers*, 1897, n° 3, p. 130. — **Delagénière**. De l'appendicite et des affections septiques des annexes. *Archives méd. d'Angers*, 1897, n° 3, p. 133. —

Daireaux (P.). *De l'intervention sacrée dans le traitement des collections purulentes du petit bassin.* Th. de Lyon, 1896, série 1, nº 1121. — **Duncan (W.).** A clinical lecture on pelvic inflammation in women. *The Lancet*, janvier 1897, p. 7. — **Duplay** et **Clado.** Traitement chirurgical des suppurations pelviennes aiguës. *Sem. gyn.*, 5 janvier 1897. — **Jacobs.** Quelques cas de collections tubaires enkystées de volume exceptionnel. *Soc. belge de gyn. et d'obst.*, janvier 1897, p. 10. — **Jaubert (A.).** *De la grossesse à la suite des interventions pour suppurations pelviennes.* Th. de Lyon 1896, série 1, nº 1219. — **Jocet.** *Des collections séreuses pelviennes.* Th. Paris, 1897. — **Law.** A case of acute septic general peritonitis with septic metritis treated by antistreptococcic serum; recovery. *British med. J.*, janvier 1897, p. 11. — **Lerichez.** *De l'hématocèle para-vaginale; variétés de l'hématome extra-vaginal des auteurs.* Thèse de Paris, 1897. — **Robert Mayer.** Ueber Hämatosalpinx bei Verschlussen doppelter Genitalien. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 2, p. 310. — **Stoufs.** Hernie de l'ovaire en voie de suppuration chez une femme de 68 ans. Opération. Guérison. *Bullet. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1897, nº 2, p. 29. — **Tate.** Tubo-ovarian abscess. *Transactions of the obstetrical Society of London*, oct., nov., déc., 1896, p. 319. — **Vos (de).** Abcès de l'ovaire. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1896, nºˢ 9 à 12, p. 691.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, OVARIOTOMIE. — **Alban Doran.** The removal of suppurating pelvic tumours illustrated by two cases. *The Lancet*, janvier 1897, p. 231. — **Alban Doran.** Unreported case of primary cancer of the Falloppian tubes in 1847. *Transactions of the obstetrical Society of London*, oct., nov., déc. 1896, p. 322. — **Arthur Gage.** Ruptured ovarian cyst.; operation, recovery. *The Boston Med. a. Surg. J.*, janvier 1897, p. 59. — **Baader.** *E. Fall v. Carcinom des Ovarium in jugendlichen Alter.* Tubingen, 1896. — **Binaud** et **Bégouin.** Tumeur gazeuse de l'abdomen développée dans une poche de kyste ovarique. *La Semaine gynécologique*, 1897, nº 6, p. 41. — **Blaidsell.** Removal of the ovaries in insanity. *Medical Record*, New-York, 20 février 1897, p. 260. — **Bonemant.** Fibromes de l'ovaire. *Bulletins de la Soc. belge de gynécologee et d'obstétrique*, 1896, p. 169. — **Boseman (N.).** A case of ovarian cyst without attachments in the pelvis. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, janvier 1897, p. 44. — **Boursier.** Considérations sur la rupture intra-péritonéale des kystes colloïdes de l'ovaire. A propos d'un cas de rupture avec ascite gélatineuse. Guérison. *Gazette hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, février 1897, p. 63, 76, 88. — **Butler-Smythe.** Removal of a rapidly growing ovarian cyst which had Burrowed between the uterus and the bladder in a patient who had been recently confined, and on whom ovariotomy had been performed eighteen months previously. *The Lancet*, janvier 1896, p. 100. — **Coplin Stinson.** Removal of a tubo-ovarian abscess (left) and an ovarian cyst and tube (right) by enucleation without ligature, clamp or cautery. *Med. Record*, février 1897, p. 230. — **Defontaine.** Kystes de l'ovaire, ovariotomie, etc. *Le Centre méd.*, mars 1897, p. 163. — **Eckardt.** Ein Fall von primären Tubencarcinom. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 1, p. 183. — **Gottschalk.** Ueber die Castrationsatrophie der Gebärmutter. *Arch. f. Gyn.*, t. LIII, p. 309. — **Grütter.** *E. Fall v. Darmstenose nach Kastration.* Tubingen, 1896. — **Harrison Crips.** Ovarian cysts communicating with the rectum. *British med. J.*, janvier 1897, p. 6. — **Henderson.** A note on the occurrence of metrorrhagia

after the menopause in cases of ovarian tumour. *The Lancet*, janvier 1897, p. 170. — **Jacobs.** Deux cas de tumeur du pavillon. *Bullet. de la Société belge de gynécol. et d'obstét.*, 1897, n° 2, p. 31. — **Kappeler.** *Neue Beispiele f. bis jetz als selten betractete Befunde in Teratomen des Ovariums.* Tubingen, 1896. — **Kisseloff.** *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.* Th. de Paris, 1896-1897. — **Kratzenstein.** Die Dauerer-folge der Ovariotomie bei malignen Ovarialtumoren. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, t. 36, p. 61. — **Lewers (A.).** A note on the occurrence of metrorrhagia after the menopause in cases of ovarian tumour. *The Lancet*, janvier 1897, p. 23. — **Marchesi.** Contributo allo studio della rotazione assiale dei tumori ovari. *Annali di Ost. e Gin.*, février 1897, p. 105. — **Meriwether.** A large ovarian cyst-adenoma and a report of a case of ventrofixation done the second time *Am. J. of Obst.*, janvier 1897, p. 100. — **Merttens.** Beitragez Lebrevon den Dermoïd cysten des Ovarium mit besonderer Berüchsichtigung der Zahnentwickelung in denselben. *Zeitsch f Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 2, p. 287. — **Mouthon.** *De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.* Th. Paris, 1897. — **Péan.** Fibro-sarcome de la région ischio-pubienne remplissant le bassin ; ablation par la voie pubio-périnéo-vagino-sacrée à l'aide de notre méthode du morcellement. *Gaz. des hôpitaux*, 1897, n° 31, p. 304. — **Pozzi.** De la résection et de l'ignipuncture de l'ovaire. *Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1897, n° 1, p. 3. — **Raimondi.** *Les kystes des ligaments larges.* Th. de Paris, 1896-1897. — **Seymour.** Hernia of a sarcomatous ovary. *Med. News*, février 1897, p. 241. — **Stoufes.** Kyste volumineux de l'ovaire en dégénérescence colloïde, ovariotomie. Guérison. *Annales medic.-chirurg. du Hainaut*, janvier 1897, p. 9. — **Withrow.** Ovarian papillomata. *The Cincinnati Lancet clinic*, janvier 1897, p. 38.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Dakin.** Cast from uterus having all the characters of the decidual membranes found in connection with ectopic gestation. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 385. — **Hastings Gilford.** Two cases of ectopic gestation in which rupture of the sac took place in the third week; Abdominal section in one case ; recovery. *The Lancet*, février 1897, p. 516. — **Henrotay.** Du traitement de la grossesse extra-utérine· *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, n° 2, p. 20. — **Lewers (A.).** A successful case of intravenous injection of salt solution after laparatomy in a case of ruptured tubal gestation. *The Lancet*, mars, 1897, p. 655. — **Lusk.** A case of tubal pregnancy simulating appendicitis. *Medical news*, Philadelphia, 26 décembre 1896, p. 722. — **Wyman.** Notes on a case of extra-uterine gestation; rupture of the sac, etc. *The Boston Med. a. Surg.*, février, 1897, p. 156.

ORGANES URINAIRES. — **Casper.** *Die diagnostische Bedeutung der Katheterismus der Ureteren.* Berlin, 1896.— **Escat,** Des cystites rebelles chez la femme. Etude clinique. Indications thérapeutiques. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897, p. 136. — **Gersuny.** Eine Operation der Cystocele vaginali. *Cent. f. Gyn.* 1897, n° 7, p. 177. — **Hoareau.** *Du traitement des fistules vésico-vaginales par le procéd. dit de dédoublement.* Th. de Paris, 1896-1897, n° 203. — **Knappé** *Klinische Beobachtungen üb. die Wanderniere bei Frauen.* Berlin, 1896.

— **Le Dentu** et **Pichevin**. Deux examens histologiques d'uréthrocèle vaginale. *Sem. gynéc.*, 19 janvier, 1897. — **Macnaughton Jones**. Mixed-Cell sarcoma of the bladder. *The British gyn. J.*, février 1897, p. 467. — **Osborn Polak**. A case of bladder tuberculosis successfully treated by Kelly's method of direct medication. *Am. gyn. a. obst. J.*, janvier 1897, p. 41. — **Pichevin**. A propos de la fistule vésico vaginale. *La semaine gynécologique*, 1897, n° 6, p. 42. — **Rose** Ein neues Verfahren bei der Frau den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 5, p. 121. — **Skene**. Notes on diagnosis and treatment of diseases of the female urinary organi. *The American Journal of Obstetrics*; New-York, mars 1897, p. 321. — **Wulff**. *Die Blasen-Scheiden Fisteln sowie die Incontinentia urinæ u. ihre Behandlung nach langjahr Beobacht.* Berlin, 1896.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Bothezat**. Un cas d'occlusion intestinale par bride. Laparotomie, guérison. *Bullet. de la Soc. des médecins et naturalistes de Jassy*, 1896, n° 4, p. 89. — **Charles P. Noble**. Remarks on the use of the buried permanent suture in abdominal surgery. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, décembre 1896, p. 756. — **Collins Warren**. Two cases of laparotomy for acute intussusception. *The Boston med. a. Surg.*, février 1897, p. 125. — **Defontaine**. Opérations pratiquées par la voie abdominale pour tumeurs et suppurations de l'utérus et des annexes. *Le Centre médical*, 1887, n° 8, p. 143. — **Gill Wylie**. Observations on abdominal surgery, with results of three year's hospital Work. *Med. Record*, février 1897, p. 219. — **Roux** (**J.-G.**). *Contribution à l'étude des sutures de la paroi abdominale après laparotomie.* Th. de Lyon, 1895-1896, n° 1146. — **Willis Ford**. Gauze drainage in surgical gynecology. *Med. News*, février 1897, p. 270.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Collins**. *Die Schmerzlose Entbindung*. Leipzig, 1896. — **Corson**. Some clinical Jottings on five hundred cases of labor. *Am. J. of Obst.*, février 1897, p. 175. — **Cournol**. *Contribution à l'étude de la présentation de la face.* Th. de Paris, 1897. — **Davis**. Abnormal rotation of the occiput. *The Philadelphia Polyclinic.*, décembre 1896, p. 511. — **Embacher**. *Die Lange d. Dauer d. Geburt u. ihr Einfluss auf das kindliche Leben.* Königsberg, 1897. — **Guerrero**. *Etude statistique et clinique sur la durée et le pronostic du travail de l'accouchement dans les variétés postérieures de la présentation du sommet.* Th. Paris, 1896-97. — **Reynolds Wilson**. The Factors concerned in causing ultimate rotation in occipito-posterior positions. *Am. J. of Obst.*, février 1897, p. 255.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bossi**. Sulla degenerazione grassa dell' utero durante la gravidanga. *Annali di ost. e ginec.*, 1896, p. 889. — **Eden**. On the structure of the placenta, and the changes which occurr in placenta retained in utero after the death of the fœtus. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre et décembre 1896, p. 360. — **Hofmeier**. Beiträge zur Anatomie und Entwickelung der menschen Placenta. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, t. 35, p. 414. — **Hubrecht**. *Die Phylogenese des Amnions u. die Bedeutung des Trophoblastes.* Amsterdam, 1896. — **Klien**. Zur Messung des Beckenausgangs. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 5, p. 131. — **Köstlin**. Beiträge zur Frage des

Keimgehaltes der Frauenmilch und zur Ætiologie der Mastitis. *Arch. f. Gynæk.*, 8, p. 201. — **Lange**. *Ueber die Bildung d. Eier u. Graafschen Follikel bei der Maus.* Würzburg, 1896. — **Otto v. Herff**. Beitrag z. Lehre von der Placenta und von den mütterlichen Eihullen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 2, p. 199, 325. — **Pels Leusden**. Ueber die serotinalen Riesenzellen und ihre Beziehungen zur Regeneration der epithelialen Elemente des Uterus an der Placenta-stelle. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, t. 36, p. 1. — **Schatz**. Die Gefassverbindungen der Placentakreislaüfe einiger Zwillinge, ihre Entwickelung und ihre Folges. *Arch. f. Gyn.* Bd. LIII, Hft. 1, p. 144. — **Vignolo**. Alcune considerazioni istologiche sulla struttura delle membrane ovulari umane a termine di gravidanza. *Annali di Ost. e Gin.*, 1897, n° 1, p. 53. — **Wild**. Untersuchungen über den Hämoglobingehalt und die Anzahl der rothen und weissen Blutkörperchen bei Schwangeren und Wöchnerinnen. *Arch. Gyn.*, t. LIII, p. 863.

DYSTOCIE. — **Austin Cheney**. The management of tumors of the uterus and appendages complicating pregnancy with a report of two successful cases. *Am. J. of Obst.*, février 1897, p. 265. — **Grizioti**. Utero arcuato e presentazione podalica ripetuta. *Annali di Ost. e Gin.*, 1897, n° 1, p. 1. — **James F. W. Rots**. Cesarean section : obstruction of the pelvis by a large fibroid tumor ; previous induction of premature labor ; recovery. *Am. J. of Obst.*, février 1897, p. 261. — **John A. Lycett**. Dystocia from relative shortness of the funis. *British med. J.*, janvier 1897, p. 12. — **Klien**. Die geburtshüfliche Bedeutung der Verengerungen des Beckenausganges, insbesondere d. Trichterbeckens. *Samml. klin. Vorträge.* Leipzig, 1897. — **Norris**. The management of labor complicated by Ventrofixation. *Am. J. of Obst.*, janvier 1897, p. 91. — **Ozo**. *De l'oblitération du col chez les femmes enceintes.* Th. Paris, 1896-97. — **Pujol**. Un cas de grossesse dans un utérus fibromateux ; mort de la mère après expulsion spontanée à terme d'un enfant mort. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1897, n°s 9 à 12, p. 687. — **Schmarsow**. *Zwei Fälle ausgetragener Gravidität bei fibromatös degenerirten Uterus.* Königsberg, 1896. — **Spince**. A case of obstructed labour due to congenital disease of the Kidneys. *British med. J.*, mars 1897, p. 652. — **Strassmann**. Ueber die Geburt der Schultern und über den Schlüsselbeinschnitt. *Arch. f. Gyn.* Bd. LIII, Hft. 1, p. 135.

GROSSESSE. — **Gardner**. The diagnosis of early pregnancy. *Am. J. of Obst.*, janvier 1896, p. 54. — **Mills**. A case of superfœtation. *The Lancet*, mars 1897, p. 736.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Mark Gershun**. Ueber zwei Drillingsgeburten. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 52, p. 1330.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Bland Sutton**. An unusual case of tubal abortion. *The Lancet*, février 1897, p. 432. — **Henrotay**. Traitement de la grossesse extra-utérine. *Bulletin de la Soc. belge de gynéc. et d'obst.*, 1897, n° 2, p. 20. — **Webster**. *Die ektopische Schwangerschaft, ihre Aetiologie, Klassification, Embryologie, Symptomatologie, Diagnose u. Therapie*, Berlin, 1896. — **Remy**. Deux cas de grossesse tubaire observés chez la même femme. *Revue médic. de l'Est*, mars 1897, p. 144. — **Spanton**. Tubal gestation. *Bristish gyn. J.*, février 1897, p. 468.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ballard**. A case of exencephalia. *The Am. gyn. a. obst. J.*, décembre 1896, p. 744. —

Boise. Operation for umbilical hernia on an infant seven hours old. *Am. J. of Obst.*, février 1897, p. 223. — **Cöhn**. *Ub. Verbreitung der Augeneiterung der Neugeborenen in Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Holland u. in der Schweiz*, Berlin, 1896. — **Duloray**. Monstre paracéphalien et dystocie fœtale. *L'Actualité médicale*, mars 1897, p. 40. — **Fournier**. De l'allaitement artificiel des enfants syphilitiques. *Presse médicale*, 1897, p. 81. — **Hagelstein**. Un cas de pseudencéphale. *Revue méd. de l'Est*, 1896, n° 4, p. 105. — **Herff**. *Ueber das Dasein der Frucht vor der Geburt*, Leipzig, 1896. — **Hochsinger**. *Gegen die Anwendung d. karbolsaüre u. des Iodoform bei Neugeborenen*, Leipzig, 1896. — **Joachimsthal**. Ueber Verbindungen an extrauterin gelagerten Feten. *Berlin. klin. Wochensch.* janvier 1887, p. 75. — **Kessick Bowes**. Congenital obliteration of œsophagus with other malformations. *British med. J.*, mars 1897, p. 586. — **Kessick Bowes**. Rare congenital malformations. *The Lancet*, février 1897, p. 519. — **Lannois**. Influence de la mort du fœtus sur l'albuminurie de la grossesse. *Lyon médical*, janvier 1897, p. 37. — **Lewis (H.)**. Iniencephalus. *Am. J. of Obst.*, 1897, p. 11. — **Macé**. *La rate du nouveau-né au point de vue clinique*, Th. de Paris, 1897. — **Meyer**. Einige Falle von intrauterinen Verletzung der Nabelschnur. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII. Hft. 1, p. 1. — **Philippo**. Monstrosity resulting from amniotic adhesion t. skull. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 388. — **Pollock**. Fœtus papyraceus. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 320. — **Schœffer**. Ueber Blutergüsse on den Wirbelkanal bei neugeborenen un deren Ursachen, *Arch. f. Gyn.*, t. LIII, p. 278. — **Schäffer**. Zur Lehre von den menschlichen Missbildungen. *Arch f. Gyn.*, Bd. LIII. Hft. 1, p. 15. — **Schawb**. La mort habituelle du fœtus. *Presse médicale*, Paris, 9 janvier 1897. p. 14. — **Stern**. Symmetrical malformation. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mars 1897, p. 334. — **Stevens**. Case of completely cleft spine associated with an unusual visceral malformation in an anencephalie fœtus. *Transactions of the obstetrical Society of London*, octobre, novembre, décembre 1896, p. 346. — **Stone (G.)**. A case of intra-uterine hydrocephalus of unusual size ; evacuation of the fluid through the spinal canal, followed by easy delivery of the head. *Med. News*, mars 1897, p. 302. — **Wanser**. *Ueber Missbildungen bei Hydramnion*, Tubingen, 1896. — **Westphalen**. Ueber den mikrochemischen Nachweis von Eisen in fötalen Organismus nebst Beschreibung eines Falles von Schatz'scher Zwillingschwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft 1, p. 31. — **Walfraun**. Ein Beitrag z. Wiederlebung asphyktischen Neugeborenen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 9, p. 241.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Audebert**. Parallèle entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie dans les bassins rétrécis entre 8 c. 1/2 et 9 c. 1/2. *Gaz. heb. des sc. méd.*, Bordeaux, mars 1897, p. 112, 123. — **Barton Cooke Hirst**. Technique of cesarean section. *Am. J. of Obst.*, janvier 1897, p. 97. — **Bué**. De la manœuvre de Champetier de Ribes. *Le Nord médical*, février 1897, p. 37. — **Charles**. De l'avortement médical. *La Semaine gynécologique*, 1897, n° 5, p. 35. — **De Lee**. Craniotomy of the dead child. *Medicine*, Detroit, Mich., 1897, n° 2, p. 100. — **Decio**. Per la statistica del taglio cesareo demolitore. *Annali di ost. e ginec.*, 1896, p. 895. — **Dührssen**. *Der vaginale (Kaiserschnitt nebst Bericht üb. e. erfolgreiche vaginale Exstirpation des rupturirten uterus unmittelbar post-partum)*. Berlin, 1896. — **Fry**. Manual rectification of faulty head positions. *The Ame-*

rican Journal of Obstetrics, New-York, mars 1897, p. 345. — **Klien.** Noch ein Wort zur Zange am nachfolgenden Kopfe. *Cent.f. Gyn.*, 1896, n° 52, p. 1321. — **Mish.** Digital curetting of the puerperal Uterus. *Pacific med. J.*, 1897, n° 2, p. 75. — **Powell, Dudley, Allen.** Cesarean section. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, mars 1897, p. 322. — **Sarvey.** *Die kunstliche Frühgeburt bei Beckenenge auf Grund v. 60 Fallen aus d. kgl. Universitats-Frauenklink z. Tubingen dargestellt.* Berlin, 1896. — **Schauta.** *Grundriss d. operativen Geburtshülfe f. praktische Aerzte u. Studirende.* Vienne, 1896. — **Sidney A. Boutor.** A successful case of cæsarean section in a cottage. *The Lancet*, mars 1897, p. 660. — **Vergervoort.** *Direkter Abortus u. Kraniotomie u. deren Erlaubtheil.* Passau, 1896.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Abrahams.** Appendicitis complicating pregnancy. *Am. J. of Obst.* février 1897, p., 205. — **Atthill.** Observations on the anticipation of post-partum hæmorrhage with remarks on the action of ergot on pregnant women. *British med. J.*, mars 1897, p. 576. — **Balland.** Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et l'allaitement. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1897, nos 9 à 12, p. 750. — **Betz.** *Ueber Placenta prævia unter Zungrundlegung v. 14 Fallen.* Tubingen, 1896. — **Bown.** Acute inversion of the uterus following delivery of placenta. Abdominal section, reduction, recovery. *The Boston med. a. Surg. J.*, février 1897, p. 126. — **Bué.** Pathogénie et traitement des accès éclamptiques. *Archives de gyn. et de tocologie*, 1896, nos 9 à 12, p. 641 — **Carossa.** *E. neue Methode der Behandlung des kindbettFiebers m. durchschlagendster Wirkung.* Munich, 1896. — **Clark** et **Skelton.** Acetone in Eclampsia. *Am. J. of Obst*, février 1897, p. 196. — **Clifford Albbutt.** Albuminuria in pregnancy. *The Lancet*, London, 27 février 1897, p. 579. — **Colmer (A.).** A case of ruptured uterus. *The Lancet*, mars 1897, p. 661. — **Cros.** *De la rétention des membranes dans l'accouchement à terme.* Th. Paris, 1897. — **Demelin** Des infections amniotiques qui se produisent après la rupture des membranes. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1897, nos 9 à 12, p. 679. — **Draper.** Four cases of pregnancy complicated by heart disease. *The Boston Med. a. Surg. J.*, février 1897, p. 183. — **Faure** et **Siredey.** Péritonite diffuse consécutive à une perforation de la vésicule biliaire au cours d'une grossesse. Laparotomie. Guérison avec évolution normale de la grossesse. *Gaz. hebd. de. méd. et de chirurg.*, janvier 1897, p. 97. — **Fry (H.).** Puerperal malarial fever. *Am. J. of obst.*, janvier 1897, p. 1. — **Günthner.** *2 Falle v. Osteomalacie geheilt durch die Castration.* Tubingen, 1896. — **Huber (W.).** Ueber Abortbehandlung. *Sammlung zwangloser Abhandlungen aus. d. Gebiete der Frauenheilkunde u. Geb.*, Halle, 1896. — **John Byers.** The pathology of eclampsia. *The Lancet*, janvier 1897, p. 29. — **Kine.** Some Obstetric complication with report of cases. *The Am. gyn. a. obst. J.*, janvier 1897, p. 34. — **Knapp.** *Klinische Beobachtungen üb. Eklampsie.* Berlin, 1896. — **Kutzky.** *E. Fall von Insertion d. Nabelschnur am Kopfe e. Kalbsfætus.* Königsberg, 1897. — **Lambertenghi.** A proposito di un caso di lacerazione centrale del perineo durante il parto. *Annali di ost. e gin.*, 1897, n° 1, p. 22. — **Lefour.** Tuberculose et grossesse. *Gaz. hebd. des Sc. méd.* Bordeaux, janvier 1897, p. 5. — **Löhlein.** Zur Enstehung u. Behandlung des Hæmatoma vulvæ der Neuentbundenen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 10, p. 267. — **Loin.** Hydramnios à forme aiguë secondaire. Enfant macéré. Mort de la mère. *Arch. de gyn. et d'obst.*, 1897, nos 9 à 12, p. 772. — **Puech.** Hémorrhagie du placenta prævia ou

hémorrhagie du placenta normalement inséré. *Gaz. des hôpitaux*, janvier 1897, p. 30-40. — **Purslow**. An unusual result of abortion *The Lancet*, février 1897, p. 443. — **Ramdohr**. Rupture of the uterus at term, following primary inertia; also a case of cæsarean section. *The Am. gyn. a. obst. J.*, janvier 1897, p. 46. — **Rossier**. Trois cas de « missed abortion ». *Revue médic. de la Suisse Romande*, 1897, p. 109. — **Salus**. Ueber hydrocephalus in Beckendlage. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 52, p. 1325. — **Townsend**. Puerperal eclampsia. A study of one hundred and sixty cases occurring at the Boston Lyng-in Hospital and in the private Practice, etc. *The Boston Med. a. Surg. J.*, 1897, n° 9, p. 206. — **Waltham**. Five cases of eclampsia with comments upon the treatment. *The Boston med. a. Surg. J.*, 1897, n° 9, p. 204. — **Walton**. The etiology of obstetrical paralysis. *The Boston medical and surg. Journal*, 24 décemdre 1896, p. 642.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Benckiser**. Ueber die Behandlungen d. Blutungen in Schwangerschaft u Geburt u. die Behandlung d. acuten Anæmie. *Sammlung Zwangloser Abhandl. aus d. Gebiete d. Frauenheilk. u. Geburtsh.* Halle, 1896. — **Beuttner**. Ueber Antisepsis u. Asepsis in d. Geburtshulfe. *Vortrage aus d. gesammte prakt. Heilk.*, Vienne, 1896. — **Cholmogoroff**. Die Einführung v. physiologischer Kochsalzlösung in den Organismus bei grossen Blutverlusten während u. nach der Geburt. *Sammlung klin. Vortrage*. Leipzig, 1896. — **Clifton (E.)**. The treatment of puerperal eclampsia. *Med. Record*, décembre 1896, p. 913. — **Godson**. An address on the use of the antiseptics in midwifery. *British. m. J.*, janvier 1897, p. 188. — **Kumpf**. Ueber ein einfaches Verfahren gegen post-partum Blutungen ex atonia uteri. *Cent. f. Gyn.*, mars 1897, p. 289. — **Ludwig Pincus**. Die « Vaporisation » in der Therapie des putriden Abortus. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 7, p. 190. — **Romme**. Traitement de l'infection puerpérale. *La Presse médicale*, mars 1897, p. 120. — **Schuhl**. Injections de sérum artificiel dans un cas d'hémorrhagie grave due à une insertion vicieuse du placenta. *Revue méd. de l'Est*, février 1897, p. 65. — **Veitch (A.)**. Puerperal wound infection treated by antistreptococcic serum; recovery. *Edinb. med. J.*, février 1897, p. 183.

VARIA.—**Beaucamp**. *Ueb. Hebammen u. Wärterinnenwesen*. Köln, 1896. — **Couveihnan**. Remarks on maternal impressions. *The Boston med. a. Surg. J.*, janvier 1897, p. 32. — **Cullingworth**. On the undiminished mortality from puerperal fever in England a. Wales. *The Lancet*, mars 1897, p. 573. — **Dührssen**. Ueber chirurgische Fortschritte in d. Geburtshülfe. *Sammlung klin. Vortrage*, Leipzig, 1896. — **Murray (G.)**. Acromegaly with goitre and exophthalmic goitre. *Edinb. med. J.*, février 1897, p. 170. — **Murray (M.)**. On deflection and rotation of the pregnant and puerperal uterus. *Edinb. med. J.*, février 1897, p. 160. — **Patellani**. Die mehrfachen Schwangerschaften, die Extrauteringraviditäten und die Entwickelungs Anomalien der weiblichen Geschlechtsorgane vom Anthropogenetischen Gesichtspunkte aus betrachtet. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, t. 35, p. 373. — **Puls**. The prophylaxia of the puerperium. *Annals of Gyn. a. Pædiat.*, janvier 1897, p. 200. — **Runge**. *Lehrbuch der Geburshülfe*. Berlin, 1896.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS DE PUTRÉFACTION FŒTALE

Par le Professeur **A. Herrgott.**

Le jeudi 16 janvier 1896, on amène à la Maternité de Nancy, vers huit heures du matin, une femme de 39 ans, primipare, qui se trouve dans une prostration profonde. On la transporte immédiatement dans la salle d'isolement où je ne tarde pas à l'examiner.

J'apprends que cette femme, régulièrement menstruée, a vu ses dernières époques se terminer le 22 mars 1895.

Les débuts de la gestation n'avaient été troublés que par des vomissements quotidiens répétés. Ces troubles gastriques avaient notablement diminué durant les trois derniers mois.

Les mouvements fœtaux nettement perçus depuis le quatrième mois, avaient complètement disparu depuis le samedi 11 janvier.

Le lundi 13, la malade avait commencé à perdre par le vagin un liquide roussâtre, épais, gluant et extrêmement fétide. Une sage-femme ayant été appelée, pensa que c'étaient les eaux qui s'écoulaient et que le travail commençait. Cependant la malade ne ressentait aucune contraction, *elle n'en ressentit jamais*, elle ne se plaignait que de violentes douleurs au niveau de la région lombaire.

Comme les choses restaient toujours dans le même état, on chercha un médecin, et, sur ses conseils, la parturiente fut transportée à la Maternité. Il l'accompagna, mais il ne put

donner aucun renseignement, l'extrême sensibilité du ventre de sa malade ne lui ayant pas permis de l'examiner complètement.

L'abdomen, en effet, est très volumineux, il semble météorisé ; ses parois sont lisses et tendues. La palpation la plus légère occasionne de violentes douleurs.

On n'entend rien à l'auscultation, ni battements, ni mouvements, ni souffle, ni crépitation, ni frottements ; le silence est absolu.

En pratiquant le toucher, mon doigt est souillé par un liquide rouge et fétide. Je sens, directement derrière la symphyse pubienne, le col utérin mou et légèrement entr'ouvert, mais ayant encore toute sa longueur. Derrière lui, séparée par un sillon profond, je trouve une tumeur élastique, rénitente, qui remplit en quelque sorte toute l'excavation.

Cette tumeur, du volume d'une tête fœtale à terme et arrondie comme elle, est lisse, mais je ne puis découvrir de sutures à sa surface. Le toucher rectal ne nous donne aucun renseignement complémentaire. Cette tumeur ne peut être mobilisée.

Ces différents symptômes me font supposer que nous nous trouvons en présence d'une péritonite causée par une rétention fœtale compliquée d'une tumeur vraisemblablement de nature fibreuse. Mais, cette rétention fœtale est-elle utérine ou extra-utérine? C'est ce qu'il m'est difficile de déterminer.

Quoi qu'il en soit, il n'y a pas à hésiter, il faut débarrasser, le plus tôt possible, cette malheureuse de cette cause d'infection à laquelle elle ne tardera pas à succomber si on n'intervient pas immédiatement.

Sans doute, les conditions dans lesquelles on est obligé d'opérer sont déplorables ; la femme est dans un état de prostration considérable, elle est infectée, la température est de 39°,7 ; le pouls est filiforme, la sensibilité de l'abdomen, le météorisme qui l'accompagne, sont la preuve qu'il y a une péritonite généralisée. Malgré cela, il faut agir, la gravité même de la situation nous l'impose; c'est la seule chance de salut qui nous reste et nous ne nous dissimulons pas qu'elle est bien précaire.

M. le professeur Weiss, après avoir examiné la malade, est également de cet avis.

Désirant mettre cette malheureuse dans les meilleures condi-

tions opératoires possibles, je prie mon collègues de vouloir bien me permettre de recourir à son habileté chirurgicale et d'entreprendre cette opération avec notre assistance et celle du personnel de mon service.

Le même jour, à deux heures, la malade est endormie. Avant de sectionner la paroi, on introduit deux doigts dans le col pour explorer l'utérus et voir si cet organe est vide. On constate au niveau de l'orifice interne une tumeur molle, lisse, qui semble indépendante de l'utérus et devoir appartenir à un fœtus, mais on ne peut reconnaître exactement l'organe qu'elle représente.

Malgré cette incertitude, nous savons que le fœtus est retenu dans la cavité utérine ; l'hypothèse de grossesse ectopique doit être désormais écartée.

La vessie ayant été vidée, et les précautions antiseptiques prises, M. Weiss incise largement la paroi abdominale sur la partie médiane. L'utérus apparaît immédiatement. Il est violacé et fortement distendu ; les intestins qui l'entourent sont le siège d'une vive irritation.

A la percussion légère, l'utérus donne une sonorité inaccoutumée dénotant la présence de gaz dans sa cavité.

La paroi antérieure de l'utérus est sectionnée à son tour. Il s'échappe aussitôt par cette ouverture une grande abondance de gaz extrêmement putrides. Le fœtus est immédiatement extrait; il se présentait en sacro-iliaque gauche antérieure ; il est du sexe masculin, et, c'étaient les bourses engagées au niveau de l'orifice interne que l'on avait perçues, lorsque le toucher intra-cervical avait été pratiqué. Il est très volumineux, putréfié et répand une odeur repoussante.

Les os de la boîte crânienne sont disjoints par la tension des gaz développés dans l'encéphale, aussi semble-t-il être atteint d'hydrocéphalie.

La malade jusqu'ici a perdu très peu de sang, bien que l'utérus reste inerte et revienne à peine sur lui-même. Comme les parois de la matrice sont verdâtres et paraissent profondément altérées, M. Weiss et moi, nous pensons qu'il est impossible de songer à les conserver et qu'il faut en faire l'ablation. On applique sur le tiers inférieur de l'utérus une ligature à l'aide d'un fort lien en caoutchouc, puis on résèque les deux tiers supérieurs de cet utérus infecté.

On essaye, mais inutilement, de mobiliser la tumeur qui reste enclavée dans le bassin. On n'insiste pas sur ces tentatives d'extraction pour ne pas aggraver la situation par de nouveaux traumatismes. On laisse donc cette tumeur en place et on se dispose à fermer l'abdomen. On lave la cavité péritonéale avec de l'eau bouillie, on cautérise le moignon utérin avec le thermocautère de façon à détruire les parties qui semblent encore altérées, et M. Weiss commence à suturer l'abdomen, lorsque le pouls, qui jusqu'alors était demeuré fréquent, très petit, mais régulier, devient imperceptible. La malade fait quelques inspirations profondes et entrecoupées, le cœur s'arrête... elle est morte!

Tous nos efforts pour la rappeler à la vie demeurèrent impuissants. Elle n'a pu résister au *shock* opératoire causé par l'intervention qui, seule, aurait pu la sauver.

Désirant connaître la véritable nature de la tumeur qui obstruait le bassin, nous nous efforçons de la mobiliser, puisque nous ne sommes plus obligés de prendre les précautions imposées précédemment.

Nous parvenons à l'extraire, mais non sans de grandes difficultés, tant l'enclavement était considérable.

Cette tumeur, un peu plus volumineuse qu'une tête de fœtus à terme, est incisée par son milieu. Elle est formée par une coque fibreuse résistante contenant dans son intérieur de la matière sébacée, des poils et des plaques ostéo-cartilagineuses.

Ce n'était donc pas un fibrome comme nous en avions émis primitivement l'hypothèse, mais un *kyste dermoïde inclus dans le ligament large* du côté droit.

Dans cette observation, plusieurs points méritent d'attirer notre attention.

C'est d'abord la *difficulté* que nous avons eue à établir un diagnostic exact et précis de l'état de notre malade.

La palpation ne nous a donné aucun renseignement. Le ventre était si douloureux et si peu dépressible qu'il nous était absolument impossible de délimiter les organes abdominaux et par conséquent le volume de l'utérus. De plus, le toucher nous permettait bien de reconnaître qu'une tumeur fibro-cartilagineuse obstruait l'excavation et refoulait le col

utérin derrière la symphyse pubienne, mais, au point de vue de l'existence d'une grossesse utérine ou extra-utérine, seuls les renseignements donnés par la malade étaient de nature à nous éclairer à cet égard, notre exploration ne nous ayant permis de reconnaître aucun signe de grossesse.

Ce n'est que quand la malade eut été endormie, que le toucher intra-cervical nous permit de constater que l'utérus était gravide, et ce ne fut que plus tard, quand l'opération césarienne eut été faite, que nous pûmes être fixés sur la véritable nature de l'organe que le doigt avait rencontré.

Si nous étions hésitants sur la nature de la grossesse, l'état d'infection dans lequel se trouvait notre malade n'était que trop évident et nous devons nous demander si, vu la gravité de la situation, *notre intervention opératoire avait été légitime*, si elle était indiquée ?

Malgré le triste résultat qui s'ensuivit, je crois que nous avons bien fait d'agir. M. le professeur Pinard, dans son remarquable article *Fœtus* (1) du Dictionnaire encyclopédique dit que dans ces cas « la femme peut succomber rapidement, si une thérapeutique active ne vient pas faire disparaître le foyer infectieux ».

Or, si nous n'étions pas intervenu, je suis persuadé que cette malheureuse n'aurait certainement pas tardé à succomber. C'est précisément le motif pour lequel nous avons cru qu'il était de notre devoir d'agir le plus promptement possible.

Nous ne nous dissimulions pas, M. Weiss et moi, je l'ai déjà dit, la gravité de l'opération qui allait être entreprise, mais nous ne pensions qu'au but à atteindre sans nous arrêter aux dangers qui l'environnaient.

Si nous nous étions trouvés dans un milieu différent, où les ressources indispensables à la réussite d'une pareille tentative, eussent fait défaut, il est probable que nous aurions été moins audacieux, mais, à l'hôpital, aidés comme nous

(1) Page 547.

pouvions l'être et comme nous l'avons été, il me semble que l'abstention, qui ne nous exposait cependant pas à un échec opératoire, n'était pas à conseiller. Cette malheureuse a succombé parce qu'elle était infectée ; il est incontestable que le traumatisme considérable dont elle a été l'objet a été de nature à hâter le dénouement final, mais il est à peu près certain que si l'état général n'avait pas été si déplorable elle aurait supporté une opération qui n'avait présenté aucune complication et qui n'avait pas été accompagnée de perte de sang appréciable.

Cette femme est donc morte victime de la putréfaction fœtale intra-utérine malgré tout ce qui a pu être tenté pour la sauver.

Les effets de la putréfaction sur l'organisme maternel sont connus; ils ont depuis longtemps attiré l'attention des accoucheurs; aussi, parmi les travaux qui s'occupent de cette importante question de pathologie obstétricale, je ne citerai que ceux de Lempereur (1), de Sentex (2), de Ruge (3). J'ajouterai qu'outre l'article de M. Pinard que j'ai déjà mentionné, M. Charpentier (4), MM. Tarnier et Budin (5), MM. Ribemont et Lepage (6) en parlent dans leurs traités; mais c'est surtout E. Chatelain (7) qui, en s'appuyant sur les divers cas de putréfaction fœtale épars dans les annales de la science, a le plus complètement étudié l'action délétère de cette putréfaction sur la mère; le tableau qu'il en fait mérite d'être cité.

« La patiente, dit-il (8), d'abord en proie à un malaise

(1) *Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel.* Thèse Paris, 1867, p. 101.

(2) *Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans la cavité utérine.* Thèse Paris, 1868.

(3) Ueber den Fœtus sanguinolentus. *Zeitsch. f. Geb.* Bd. I, p. 57, 1877.

(4) *Traité pratique d'accouchements*, 2e édit., t. I, p. 1031. Paris, 1890.

(5) *Traité de l'art des accouchements*, t. II, p. 379. Paris, 1886.

(6) *Précis d'obstétrique*, 2e édit., p. 762. Paris, 1896.

(7) *De la putréfaction fœtale intra-utérine.* Thèse de Paris, 1883.

(8) *Loc. cit.*, p. 51.

vague, tombe bientôt dans un sentiment extrême de faiblesse et d'exténuation. Elle ne cesse de se plaindre de ses souffrances, ou, plongée dans une prostration profonde, elle devient, malgré l'intégrité absolue des facultés intellectuelles, d'une indifférence complète pour tout qui se passe autour d'elle... Avec la dépression croissante des forces, le facies s'altère rapidement : le visage pâle est défait et altéré, d'une teinte grisâtre et terreuse ; la langue rouge ou saburrale se dessèche ; les lèvres deviennent livides, les gencives et les dents fuligineuses ; les yeux sont caves et vitrés ; la voix rauque est presque éteinte ; la peau est froide et couverte de sueur, d'autres fois chaude et brûlante. La fièvre est plus ou moins vive ; le pouls irrégulier et intermittent, devient bientôt petit, filiforme, presque imperceptible, il s'accélère toujours ; la respiration, haletante, est plus ou moins difficile, mais toujours fréquente.

En même temps, le bas-ventre se tuméfie; un frisson prolongé intense, mais unique, ou plusieurs petits frissons joints à une douleur abdominale plus ou moins violente annoncent le début d'une péritonite commençante, et si une thérapeutique active ne vient pas faire disparaître rapidement le foyer infectieux et soustraire ainsi la mère à la cause initiale de tous ces signes de mauvais augure, la parturiente succombe d'une manière presque inévitable et souvent même fort rapide. »

La cause de cet état, si bien décrit par Chatelain, est la résorption des produits de la putréfaction qui a lieu lorsque le fœtus mort est en communication avec l'air extérieur.

Tant que le fœtus demeure à l'abri de l'air, que la grossesse soit utérine ou extra-utérine, on sait qu'il peut séjourner pendant un temps plus ou moins long dans l'organisme maternel sans lui causer aucun dommage.

Il subit diverses transformations, la dissolution, si la grossesse est récente, l'atrophie, la momification, la macération, si la grossesse est utérine et si elle est plus avancée ; dans les grossesses ectopiques, outre ces modifications, le fœtus peut encore se transformer en lithopœdion, ne pas être

un obstacle à de nouvelles gestations (1) et séjourner en quelque sorte indéfiniment dans la cavité abdominale. Pendant mon séjour à la Maternité de Vienne, en 1876, j'ai eu l'occasion d'assister à l'autopsie d'une femme de 83 ans, morte de pneumonie, qui portait dans son ventre un fœtus enkysté depuis un demi-siècle (2).

La scène change, si les membranes sont rompues : Le contenu de l'œuf se trouvant en communication avec l'air extérieur, la putréfaction ne tardera pas à se produire, si le fœtus n'est pas promptement expulsé d'un milieu où sont réunis les agents de toute fermentation, l'air, l'eau et la chaleur.

Cette décomposition putride, une fois commencée s'effectuera le plus habituellement avec une surprenante rapidité, surtout quand le fœtus a succombé avant la rupture des membranes.

Quinze ou dix-huit heures après cette rupture, il s'écoule ordinairement hors des parties génitales un liquide sanguinolent, brunâtre, extrêmement fétide, ainsi que nous l'avons constaté dans l'observation que nous rapportons. Cet écoulement lochial, si remarquable par l'insupportable odeur qu'il répand, existe presque toujours quand le fœtus se putréfie, mais, ainsi que le fait justement remarquer M. Chatelain (3), « cet écoulement non seulement ne suffit pas à lui seul pour affirmer la putréfaction du fœtus, mais encore n'implique même pas sa mort ».

Baudelocque (4), Nægele (5), Plouvier (6) et d'autres, ont

---

(1) *Des grossesses extra-utérines anciennes dans leurs rapports avec les grossesses utérines subséquentes*, par le Dr Schul. Thèse de Nancy, 1883.

(2) Ueber dem Befund eines beinahe 50 Jahre lang getragenen Lithopädions, par le Dr Hanns Chiari. *Wiener med. Wochenschrifft*, n° 42, 1876.

(3) *Loc. cit.*, p. 27

(4) *L'art des accouchements*. Paris, 1789, t. II, p. 387 et 394.

(5) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 70.

(6) *Des phénomènes et des signes qui suivent la mort du fœtus dans le sein de la mère, surtout à une époque avancée de la grossesse.* Thèse de Paris, 1852, p. 27.

cité des faits de fœtus nés vivants et bien portants, bien que le liquide amniotique ait été putréfié.

Malgré cette restriction, l'écoulement dont je parle est le premier signe de la putréfaction constaté par l'accoucheur ; il est la conséquence des altérations profondes que subit le fœtus dans le sein maternel.

« Ces changements, dit Lempereur (1), portent à la fois sur la consistance des tissus, leur couleur, leur odeur, et ils sont presque instantanés. »

Le fœtus livide, blafard, puis marbré, se ramollit, devient verdâtre et cette coloration s'étend aux téguments, au tissu cellulaire et aux muscles. Ces tissus si profondément modifiés, qui répandent une odeur épouvantable, subissent une véritable infiltration gazeuse; certaines parties du corps distendues par ces gaz atteignent parfois des proportions énormes. On se rappelle que le fœtus qui a occasionné la mort de notre pauvre malade avait la tête tellement distendue par les gaz qu'il avait l'aspect d'un hydrocéphale. Dans d'autres cas, c'est le fœtus tout entier qui est augmenté de volume, ce qui peut être une cause sérieuse de dystocie.

Je ne m'étendrai pas sur ces diverses altérations, elles sont trop connues, elles ont été trop bien décrites par les auteurs que j'ai cités pour qu'il soit nécessaire d'en dire davantage.

Je n'insisterai que sur l'action de ces agents septiques sur l'utérus. Non seulement cet organe, distendu jusqu'à ses dernières limites par les produits de la putréfaction, devient très douloureux, mais la fibre utérine « stupéfiée par ces gaz toxiques cesse de se contracter (2) ».

Le mot « stupéfié », employé par M. Pinard, est bien celui qui rend le mieux l'action de ces gaz sur la contraction utérine. Ordinairement, le travail s'arrête, lorsque la dose des toxiques devient suffisante pour paralyser la contraction

---

(1) *Loc. cit.*, p. 102.

(2) Pinard. Article Fœtus du *Dictionnaire encyclopédique*, p. 547.

utérine ; mais ainsi qu'on a pu s'en convaincre par l'observation qu'on vient de lire, cette paralysie utérine, cette stupéfaction de la fibre contractile peut exister *avant* le début du travail.

Malheureusement, si l'utérus, distendu outre mesure, ne se contracte plus, l'absorption de ces principes toxiques continue, et l'organisme tout entier ne tardera pas être infecté, si une intervention rapide ne débarrasse pas la mère du fœtus qui l'empoisonne.

Les *effets* de la putréfaction sont connus de toute antiquité, mais il n'en est pas de même des *causes* qui la produisent ; elles sont restées ignorées jusqu'au jour où Pasteur, par ses admirables découvertes, est venu démontrer le rôle capital que jouent les infiniment petits dans la production de ces phénomènes demeurés, jusqu'alors, inexpliqués et inexplicables.

Voici comment Lempereur (1), dans sa thèse soutenue en 1867, définissait la putréfaction : « On entend par putréfaction la décomposition qui s'établit spontanément et sous l'influence de certaines conditions, au sein des corps organisés privés de vie ; cette décomposition est accompagnée de la production de substances nouvelles et surtout de vapeurs et de gaz remarquables par leur fétidité. C'est l'opposé de l'assimilation vivante ; par elle la matière organique se transforme en matière inorganique ; elle volatilise le corps de l'animal presque en entier, de façon à en laisser peu de débris palpables. »

Plus tard, Chatelain, en 1883, n'est pas plus explicite ; la définition qu'il donne de la putréfaction, il l'emprunte à celle que Littré et Robin donnent dans leur dictionnaire de médecine (2). « La putréfaction est la décomposition que subissent sous l'influence de certaines conditions les corps

(1) *Loc. cit.*, p. 101.

(2) *Dictionnaire de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, 13e éd., 1873, p. 1288.

organisés que la vie a abandonnés, décomposition accompagnée de production de substances nouvelles et particulièrement de gaz remarquables par leur fétidité. »

On voit par ces citations que le mot « putréfaction » était le synonyme de décomposition des corps organisés privés de vie, décomposition s'effectuant dans certaines conditions, parmi lesquelles la présence de l'air était considérée comme indispensable. Or, il n'en est rien. Pasteur (1) a démontré que l'air n'est nullement nécessaire au développement de la putréfaction ; que bien plus, l'oxygène qu'il contient est un agent qui l'arrête, qui l'empêche même de se produire. La véritable cause, ce sont les éléments microbiens que cet air renferme ; ce sont eux, qui, trouvant dans la matière organique privée de vie les éléments nécessaires à leur existence, s'y développent, s'y multiplient avec une étonnante rapidité.

Pasteur pensant que les phénomènes observés dans la putréfaction des substances azotées animales trouvaient leur explication, comme dans les fermentations, dans la présence et le développement de végétaux ou d'animaux microscopiques, fit une série de recherches qui, on le sait, révolutionnèrent la science.

« Ses expériences, dit P. Schutzenberger (2), sont dirigées dans deux voies qui conduisent au même but et se confirment l'une l'autre.

D'une part, elles tendent à démontrer que la putréfaction est toujours accompagnée de la présence, du développement et de la multiplication d'êtres vivants, organisés, infiniment petits.

D'un autre côté, elles établissent que toutes les fois que l'on se place dans des conditions convenables pour éviter la présence de germes, d'organismes au début de l'expérience,

---

(1) Examen du rôle attribué aux matières animales après la mort. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 23 juin 1863.

(2) *Les fermentations*, 6e édit., p. 285. Paris, 1896.

l'altération n'apparaît pas, même dans les produits les plus altérables. En empêchant le contact des germes avec la matière animale, on empêche en même temps toute trace de fermentation et d'altération. »

Nous ne pouvons, on le comprend, rapporter les nombreux travaux auxquels l'étude de la putréfaction a donné lieu dans ces dernières années. M. E. Duclaux s'en est particulièrement occupé ; il a montré dans son article *Fermentation* (1), dans son livre « *Le microbe et la maladie* » (2) et surtout dans son magnifique traité de *Chimie biologique* (3) qui ne compte pas moins de 900 pages, que la putréfaction n'est en réalité qu'une fermentation complexe en raison des éléments multiples qui y prennent part. « Un liquide organique, une masse musculaire, le corps entier d'un animal, renferment un grand nombre d'éléments fermentescibles, pouvant subir chacun plusieurs modes de décomposition sous l'influence de microbes. Chacune de ces transformations, si elle était bien connue, porterait un nom spécial, emprunté à la nature de l'être qui y préside ou à celle des produits qu'elle donne. C'est quand il s'en produit plusieurs, simultanément ou successivement, dans une masse de composition complexe, qu'on donne à l'ensemble le nom de *putréfaction.* »

La putréfaction n'est donc pas comme la définissait Lempereur, « l'opposé de l'assimilation vivante », mais bien une manifestation vitale d'êtres infiniment petits aux dépens des éléments constitutifs de corps organisés privés de vie. N'est-ce pas ici le cas de se rappeler les pensées émises par Lucrèce, il y a deux mille ans, pensées que les géniales découvertes de Pasteur ont si complètement confirmées ? « Ainsi donc tout ce qui semble détruit ne l'est pas ; car la nature refait un corps avec les débris d'un autre, et la mort

---

(1) *Dictionnaire encyclopédique* art., Fermentation, p. 600, 1877.

(2) Paris, 1886.

(3) *Encyclopédie de Frémy*, t. IX, 1er sect., Paris, 1887.

seule vient en aide pour donner la vie » (1) ou encore: « C'est ainsi qu'une chose naîtra toujours d'une autre, la vie n'est donnée en propriété à personne, à tous en usufruit » (2).

Les éléments microbiens, causes de la putréfaction, sont nombreux et la part à attribuer à chaque espèce n'est pas encore nettement déterminée. Ce sont, le plus souvent, des bacilles longs ou courts, mais on y trouve aussi des micrococcus ou des formes spiralées très mobiles.

Voici en quels termes notre collègue le prof[r] E. Macé (3) a, dans son excellent traité de bactériologie, résumé, d'après les données actuelles de la science, les phénomènes microbiens de la putréfaction : « Les bactéries de la putréfaction sont tantôt des espèces aérobies, tantôt des espèces anaérobies. Ces dernières ne se développent, toutefois, que lorsque l'oxygène est complètement absent du milieu. Aussi, si l'on observe un liquide qui se putréfie, on voit d'abord les aérobies envahir sa masse, et s'y développer luxurieusement, trouvant en abondance des éléments et de l'oxygène. Au fur et à mesure qu'ils consomment ce gaz, ils quittent les couches profondes, et se rapprochent de la surface, où ils finissent par se localiser. A ce moment les anaérobies peuvent prospérer, protégés de l'accès de l'air par le voile que forment à la surface les débris des premiers occupants. L'aspect du phénomène change alors. Tandis que, grâce à la présence de l'oxygène en abondance, les aliments pouvaient être complètement brûlés par les premiers êtres et transformés en composés très simples, inodores, comme l'acide carbonique et l'eau, ils ne subissent plus maintenant que des

(1) Haud igitur penitus pereunt quæcunque videntur;
Quando alid ex alio reficit Natura, nec ullam
Rem gigni patitur, nisi morte adjutam aliena.
De natura rerum. Liv. I, v. 263.

(2) Sic alid ex alio nunquam desistet oriri :
Vitaque mancupio nulli datur, omnibus usu.
Idem. Liv. III, v. 983.

(3) *Traité pratique de bactériologie*, p. 74. Paris, 1892.

modifications bien moins complètes. Les résidus sont d'une complexité plus grande ; c'est, suivant les cas, des ammoniaques composées, des mercaptans, des acides gras volatils, d'odeur repoussante, des produits d'odeur fécaloïde très pénétrante, comme l'indol, le scatol. De plus, beaucoup d'anaérobies peuvent produire de l'hydrogène gazeux qui, rencontrant, à l'état naissant, du soufre, du phosphore, dans les composés albuminoïdes, donne de l'hydrogène sulfuré et de l'hydrogène phosphoré, dont la mauvaise odeur vient s'ajouter à celle des substances précédentes et former le fumet repoussant de putréfaction variant suivant la qualité et la quantité de ses divers composants. A côté de ces produits volatils, on trouve des produits fixes, résidus, comme les premiers, de l'activité vitale des bactéries. Au premier rang sont la leucine, la tyrosine, le glycocolle et enfin des *ptomaïnes* diverses, *ces bases toxiques* accompagnant si souvent les déchets de la vie des cellules. »

Ce sont surtout ces ptomaïnes, si bien étudiées par MM. A. Gautier (1), Selmi (2), Etard (3) et autres, qui, comme de véritables « venins », intoxiquent l'organisme maternel dans les cas de putréfaction intra-utérine et obligent l'accoucheur à débarrasser le plus vite possible la mère de cette source de poisons. Malheureusement, pour atteindre ce but, on est quelquefois dans la nécessité d'avoir recours à des opérations très graves, comme celle qu'a dû subir notre malade, quand la voie pelvienne est obstruée par une tumeur qui ne peut être refoulée.

M. Tarnier (4) fit aussi l'opération césarienne suivie de l'ablation de l'utérus et des ovaires, d'après la méthode de Porro, pour un cas de tumeur fibreuse opposant un obstacle

(1) *Traité de chimie physiologique*, Paris, 1873, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1882.

(2) *Sulle ptomaine ad alcaloïdi cadaverici*, Bologne, 1872, et *Atta della R. Acad. dei Lincei*, 3e série, t. II, 1878.

(3) *Comptes rendus de l'Académie des Sc.*, 24 avril et 12 juin 1882.

(4) *Annales de gynécologie*, août 1879.

absolu à l'accouchement, alors que l'enfant était putréfié. Malheureusement, ici encore, la mère succombait, trois jours après l'opération, avec tous les symptômes d'un empoisonnement septique.

Chadzinski (1), Lefour (2) et Chabazian (3) rapportent également des observations analogues à celles que nous citons; mais dans tous ces cas, l'obstacle à l'expulsion fœtale était un fibrome, tandis que chez notre malade, l'obstruction pelvienne était due, non à un fibrome, comme nous l'avions d'abord supposé, mais à un *kyste dermoïde développé dans le ligament large du côté droit.*

Si les kystes dermoïdes ne sont pas très rares, puisque Olshausen (4) dans une statistique portant sur 2,275 ovariotomies pratiquées par différents opérateurs, a trouvé une fréquence de 3,5 pour 100, soit 80 cas, par contre leur développement dans le ligament large est tout à fait exceptionnel. Je n'en connaissais pas d'exemple, lorsque tout récemment, le docteur Rendu, de Lyon, a présenté à la Société des Sciences médicales de cette ville, un kyste dermoïde développé dans le ligament large, qu'il avait enlevé à une femme de 42 ans, et, à ce propos, il s'exprime en ces termes (5): « N'en ayant jamais observé, je me suis livré à quelques recherches bibliographiques desquelles il ressort que c'est là un siège exceptionnel. Spencer Wells, par exemple, à côté des douze cas de kystes dermoïdes des ovaires cités dans son ouvrage, n'en relate aucun appartenant aux ligaments larges. Lawson Tait rapporte l'histoire d'une femme de 37 ans dont le kyste intra-péritonéal, renfermant des cheveux dans l'épaisseur de sa paroi, était entièrement soudé au péritoine pariétal et tout à fait indépendant aussi

(1) *Des tumeurs fibreuses de l'utérus comme cause de dystocie.* Thèse Paris, 1855, n° 69, p. 27.

(2) Thèse d'agrégation, 1880, p. 213.

(3) Thèse de Paris, 1882, p. 125.

(4) Cité par Pozzi. *Traité de gynécologie*, 1re édit., p. 705, Paris, 1890.

(5) *Écho médical de Lyon*, 15 mai 1896, p. 103.

des ligaments larges. Pozzi signale simplement la possibilité de ce siège et indique une observation de Sänger au troisième congrès des gynécologues allemands, en 1883.

Enfin, la *Revue* de Hayem ne mentionne que deux cas, l'un d'Abel (*Berlin. klin. Wochen.*, 9 janvier 1892) et l'autre de Ferraud (*Bulletin Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, 1894). »

J'ajouterai encore le cas rapporté par M. Barette (1) au congrès de gynécologie de Bordeaux en 1895, qui présente une certaine analogie avec ceux qui viennent d'être rappelés.

Les kystes dermoïdes peuvent donc, *exceptionnellement*, se développer dans les ligaments larges, et, lorsqu'ils s'y trouvent, se comporter cliniquement comme de véritables fibromes, devenir un obstacle à l'expulsion du fœtus et être indirectement la cause de sa putréfaction dans le sein maternel.

REMARQUES A PROPOS DE SEPT OBSERVATIONS D'INFECTION PUERPÉRALE

Par **C.-W. Du Bouchet.**

Au cours de recherches sur la bactériologie des métrites, j'ai eu l'occasion d'examiner quelques cas d'infection utérine liée à des phénomènes puerpéraux : accouchement à terme ou fausse couche; les résultats auxquels je suis arrivé différant quelque peu de ce qui est généralement admis aujourd'hui, je voudrais les exposer rapidement ici.

Tandis que dans les infections aiguës de l'utérus, en dehors de la puerpéralité, je n'ai trouvé que le gonocoque comme agent pathogène, dans les infections puerpérales, au contraire, nous voyons toute une série de microbes entrer en jeu. Chose singulière, la plupart de ces mêmes microbes mis en contact avec une muqueuse utérine saine ne produisent rien,

(1) *Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie*, Mémoires et discussions, p. 118. Paris, 1896.

si l'on a soin de faire cette opération sans traumatiser la muqueuse. Je ne parle pas ici d'expériences sur les animaux (bien que la plupart de ces microbes soient pathogènes pour eux aussi) seulement; Krœnig et Menge ont fait cette chose sur des femmes enceintes avant l'accouchement, avec toute une série de microbes de virulence variable, depuis le bacille pyocyanique jusqu'à un streptocoque très virulent (1). Jamais ils n'ont provoqué d'accidents et tous les microbes introduits étaient disparus du col au bout de 70 heures au plus tard.

Ce sont pourtant ces mêmes microbes qui vont provoquer les accidents après l'accouchement et la fausse couche. Qu'y a-t-il de plus alors, sinon une plaie? Et ne doit-on pas envisager simplement cette infection puerpérale comme l'inoculation au niveau d'une plaie d'un microbe pathogène avec ses phénomènes consécutifs habituels?

Dès lors il n'y a pas lieu d'y insister et surtout il faut se garder de rapprocher ces faits de l'infection blennorrhagique par exemple.

La chose est bien vraie; il est trop évident que la plaie placentaire particularise d'une façon absolue les conditions où se trouve l'utérus au point de vue de son infection après l'accouchement; mais, en dehors de ce fait, il en est bien d'autres qui entrent en jeu, et qui font de l'infection puerpérale un problème infiniment plus complexe qu'elle ne paraît de prime abord.

Les conditions où j'ai été placé pour faire mes recherches n'ont malheureusement permis l'étude que d'un petit nombre d'observations rentrant dans cette catégorie; c'est dire que les résultats que j'ai obtenus ne sauraient prétendre, *quant à présent* tout au moins, à une valeur générale. Cependant, les conclusions auxquelles mes observations person-

---

(1) Dr B. Krönig. Ueber das bacterienfeindliche Verhalten des Scheidensecretes Schwangerer. *Deutsche med. Woch.*, 1894, n° 43.

Dr K. Menge. Ueber ein bacterienfeindliches Verhalten der Scheidensecretes Nichtschwangerer. *Deutsche med. Woch.*, 1894, n° 45-48.

nelles m'ont mené différant sensiblement de ce qui constitue actuellement la doctrine classique à ce sujet, je les donnerai ici, toute incomplète que soit cette étude.

Pour mieux montrer leur intérêt, ne serait-ce que comme cas particuliers, je ferai précéder cet exposé de celui de l'opinion aujourd'hui classique, en France particulièrement. Pour cela je ne puis mieux faire que de citer textuellement l'ouvrage récent sur le traitement de l'infection puerpérale par A. Pinard et V. Wallich. L'autorité du professeur Pinard justifie suffisamment ce choix.

Voici ce que disent ces auteurs (1) :

« En 1889, Widal établit dans sa thèse que le *streptococcus pyogenes*, le microbe en chaînette, signalé par Pasteur, pénétrant dans l'économie par l'utérus, pouvait être le seul agent parasitaire des différentes formes de l'infection puerpérale; que sa virulence, variable suivant les conditions, suffisait à expliquer la diversité des formes observées.

« Mais tout en disant que le streptocoque pouvait être, et était en réalité, le plus souvent le seul agent de l'infection puerpérale, Widal spécifiait bien nettement que d'autres microbes pouvaient infecter l'économie dans l'infection puerpérale, et depuis sa thèse, différents auteurs et lui-même ont publié des cas d'infection puerpérale dont l'agent infectieux était le coli-bacille ou le streptocoque associé à des staphylocoques. Enfin on a trouvé aussi du vibrion septique (Tarnier et Vignal). On pourra voir les lymphatiques bourrés de bâtonnets dans des coupes d'utérus de femmes mortes quelques heures après un curettage.

« Il faut donc ne pas oublier que d'autres microbes peuvent se rencontrer dans l'infection puerpérale. C'est le streptocoque qui est l'agent le plus fréquent. Ce point n'est plus discuté aujourd'hui.

« 1° Pourquoi le streptocoque seul donne-t-il lieu à des

(1) *Traitement de l'infection puerpérale.* Paris, 1896, pages 19 et suivantes.

formes d'infection puerpérale si différentes au point de vue clinique?

« 2° Pourquoi le streptocoque donne-t-il lieu à des infections généralisées, si graves, pendant l'état perpuéral, alors que les accidents sont plus localisés et plus bénins dans d'autres affections dont il est l'agent parasitaire, l'érysipèle par exemple?

« Widal répondit à ces deux questions :

« La virulence variable du microbe suffit à créer des formes différentes d'infection puerpérale, des plus légères aux plus graves, virulence qui peut dépendre, non seulement de l'énergie propre du microbe infoctant, mais aussi des conditions favorables, créées par le terrain, sur lequel il se développe, la plus ou moins grande résistance de la femme. Voilà pour la première question.

« Les conditions favorables du terrain, l'état de fatigue et de surmenage consécutifs à la grossesse et à l'accouchement auraient pu être invoqués pour répondre à la deuxième question, pour expliquer la différence de gravité entre l'infection à streptocoques produisant l'érysipèle, et l'infection de même nature produisant les accidents puerpéraux. Widal trouva dans une autre circonstance la cause de cette différence des processus infectieux. Ayant eu occasion d'observer une femme enceinte atteinte d'érysipèle et de lymphangite, et qui avorta sans accidents septiques, avec chute de la température deux jours après l'avortement, il en conclut qu'il fallait, pour expliquer l'action spéciale, et particulièrement grave du streptocoque dans l'infection puerpérale, tenir compte d'une autre circonstance : la *porte d'entrée de l'infection*, l'utérus. Il proposa d'expliquer la gravité de l'infection par l'étendue de la porte d'entrée, la cavité utérine, avec ses nombreuses veines et ses nombreux lymphatiques, offrant des voies tout ouvertes à l'agent infectieux. Or, cet agent infectieux, le streptocoque retrouvé dans les vaisseaux de l'utérus, ou plus loin dans tout l'organisme, se présentait suivant lui, avec bien d'autres microbes, au niveau de

la muqueuse utérine, mais seul il la traversait et la muqueuse jouait alors vis-à-vis des autres microbes le rôle d'un véritable *filtre*.

« Widal constatait ce dernier fait sans chercher à l'expliquer (1). Il avait donc en somme proclamé le streptocoque, l'agent le plus fréquent de l'infection puerpérale, donnant à cette infection un caractère spécial, dépendant de sa porte d'entrée dans l'économie, et des formes différentes dépendant de sa virulence. »

On vient de voir, magistralement exposée, la doctrine classique. Examinons maintenant ce que nous avons observé dans les cas que nous avons eus sous les yeux.

Ces cas sont un peu disparates ; aussi devons-nous les étudier séparément.

Voici tout d'abord une observation où nous n'avons pas trouvé d'autre microbe pathogène que le gonocoque de Neisser mis en évidence par les examens et les cultures et qui pour ces raisons nous semble mériter l'attention.

Observation I. — *Infection puerpérale à gonocoques.*

Il s'agit d'une femme de 26 ans, qui contracte la blennorrhagie au cours de sa grossesse; elle accouche chez une sage-femme qui lui fait des injections vaginales antiseptiques matin et soir. Pendant les 9 ou 10 jours que la malade reste chez la sage-femme elle a des suites de couches parfaitement normales. Elle rentre chez elle et cesse non seulement les injections vaginales antiseptiques, mais encore toute espèce de soins de propreté. Au bout de peu de jours elle se sent prise de malaise, de fièvre, est

(1) Nous devons le regretter infiniment, car cette lacune ne sera sans doute pas comblée de sitôt et nous risquons de ne jamais savoir comment une muqueuse filtre les microbes — *alors qu'elle n'existe pas*. La notion de la caduque et de sa chute sont choses trop connues pour qu'il y ait lieu d'y insister : c'est justement parce qu'après la chute de cette caduque l'utérus puerpéral ressemblait à un utérus curetté, qui en fait de muqueuse ne possède plus que les culs-de-sac glandulaires, que l'infection puerpérale se distingue absolument de l'infection de l'utérus en dehors de la puerpéralité.

obligée de prendre le lit et de se faire transporter à l'hôpital. A son entrée, elle a 39°,5 de température et du pus s'écoule à flots de son utérus. Dans ce pus l'examen aussi bien que les cultures montrent le gonocoque.

Cette observation me semble intéressante parce qu'elle montre bien qu'il n'y a pas que la plaie placentaire qui entre en jeu ici ; l'inoculation du gonocoque dans le tissu cellulaire sous-cutané chez l'homme ne donne en effet rien, comme on sait. Elle montre de plus l'importance, la nécessité de l'examen bactériologique dans ces cas. Il a suffi en effet de quelques lavages intra-utérins largement faits avec la solution au permanganate de potasse pour guérir la malade. Non seulement il n'y avait plus d'écoulement venant de son utérus et il n'y avait pas de fièvre, mais encore plusieurs examens répétés n'ont permis de trouver aucun microbe dans son utérus au moment où elle a quitté l'hôpital.

A part ce fait, je n'en ai observé qu'un où il n'y eût qu'un seul microbe en cause, en apparence du moins. Voici le résumé de cette observation :

Observation II. — *Infection puerpérale coli-bacillaire.*

Il s'agit d'une femme entrée à l'hôpital et morte le lendemain sans que j'aie pu avoir d'autre renseignement sur elle que celui qu'elle avait avorté récemment.

A l'autopsie elle présentait un utérus suppuré, un double phlegmon du ligament large, ou plutôt une lymphangite suppurée des deux ligaments larges et du pus jusque dans les ganglions lombaires.

Le pus de ces ganglions, aussi bien que le contenu de l'utérus, contenaient du coli-bacille et j'ai retrouvé ce même microbe dans les coupes de l'utérus.

Dans tous les autres cas que j'ai observés il s'agissait de fausses couches, avec cette particularité si fréquente de rétentions placentaires partielles ou complètes, sauf un cas d'infection puerpérale après accouchement à terme.

Dans tous les cas, plusieurs microbes entraient en jeu et quatre de ces observations présentaient une particularité intéressante et commune : la présence de bactéries de la putréfaction. En voici un exemple très net :

OBSERVATION III. — *Infection puerpérale mixte (streptocoques et bactéries anaérobies).*

H..., âgée de 33 ans, entre le 10 septembre 1895, salle Chassaignac, à l'hôpital Bichat, dans le service du professeur Terrier.

La malade, qui avait un retard de deux mois et demi environ, a expulsé trois jours auparavant de gros caillots et du sang; elle nie toute espèce de manœuvre abortive.

Au moment où je l'ai vue pour la première fois, le 10 septembre à minuit, elle présentait une température de 39°, de l'agitation avec subdélire, les yeux brillants, la face injectée. Elle fut prise devant moi d'un grand frisson prolongé.

Le toucher montre un utérus gros et mou, à col entr'ouvert, admettant deux doigts et rempli par une masse putrilagineuse.

On pratique immédiatement une évacuation aussi complète que possible de l'utérus suivie de curettage et de cautérisation au chlorure de zinc ; puis on met un gros drain à demeure.

Le lendemain la malade a 37° et se sent très bien. Mais les jours suivants son état devient de moins en moins bon. Elle n'a pourtant que peu de fièvre ; mais les phénomènes de septicémie (vomissements, langue sèche, subictère, etc.) s'accentuent de plus en plus et elle meurt le vendredi 12 septembre à midi. Voici ce que les recherches microbiennes ont donné dans ce cas.

Un frottis fait avec les parties ramenées par le curettage n'a permis de voir que deux espèces : du streptocoque en très petite abondance et une grosse bactérie, se colorant par la méthode de Gram, ayant à peu près les dimensions de la bactéridie du charbon.

Un ensemencement en bouillon produit au bout de 24 heures un trouble uniforme, avec dégagement d'une odeur infecte. Ensemencée dans de la gélatine, soit dans des tubes de Vignal, soit dans de la gélatine bouillie recouverte de gélose ensemencée elle-même de prodigiosus, cette bactérie liquéfie la gélatine.

L'utérus fut enlevé 10 heures après la mort de la malade, par la voie vaginale, l'autopsie n'ayant pu être faite.

Dans les coupes de l'organe nous avons retrouvé le même streptocoque, mais plus abondant que dans les débris placentaires et les caillots enlevés lors de l'intervention, et la bactérie. Non seulement celle-ci existait abondamment à la face interne de l'utérus, mais on en trouvait encore dans l'épaisseur même de la paroi, jusque dans la couche sous-péritonéale.

Dans les trois autres cas observés, les constatations ont été les mêmes.

Des faits de ce genre ne présentent rien de neuf. Dans le travail qu'il a consacré au streptocoque et à l'érysipèle, Achalme en parle très nettement et très explicitement. Non seulement il a démontré expérimentalement que les bactéries banales de la putréfaction ou leurs produits solubles renforcent la virulence du steptocoque et le rendent capable de jouer un rôle pathogène alors qu'il en était absolument incapable au préalable, mais encore il fait remarquer qu'ainsi s'explique le rôle de produits putrescibles séjournant dans l'utérus après l'accouchement; les microbes de la putréfacfaction y pulluleront, et sous cette influence un germe vaginal inoffensif pourra prendre la virulence nécessaire pour infecter ou tuer suivant le cas.

Non seulement donc Achalme indique le fait, mais il en donne l'explication générale (1); ces mêmes bactéries de la putréfaction se trouvent du reste figurées dans une des planches de la thèse de Widal, mais l'auteur ne les a pas étudiées et leur dénie toute importance.

Quoi qu'il en soit, il est permis de se demander s'il n'y a là que le phénomène étudié par Achalme et si, indépendam-

(1) Dans sa thèse (Paris, 1893) l'auteur ne donne que deux faits cliniques à l'appui de son opinion sur le rôle des bactéries de la putréfaction dans l'exaltation de la virulence du streptocoque. Le premier est simplement mentionné dans le texte sans qu'il soit fait mention d'examens bactériologiques. Le deuxième (obs. III) est plus complet. Il y est dit en effet qu'il y avait dans l'utérus des microbes faisant putréfier la gélose, surtout à l'abri de l'air, mais il n'y a pas de description de ces microbes, vraisemblablement les bactéries que nous avons observées.

ment de l'action qu'elles exercent sur le streptocoque, ces bactéries ne jouent pas dans l'infection un rôle qui leur appartienne en propre.

En tout cas leur pénétration profonde dans l'organe envahi est des plus manifestes ; dans notre troisième observation on en trouvait de notables quantités dans le pus péritonéal. Il est donc difficile de ne pas songer à l'idée que nous venons d'émettre.

D'autre part ces faits semblent expliquer en les rattachant l'une à l'autre les deux formes d'infection puerpérale admises en Allemagne. Il y aurait d'abord développement de microbes de la putréfaction (infection saprémique) suivie ou non du développement de microbes pyogènes, plus particulièrement le streptocoque (infection septique).

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, dont l'expérimentation permettra peut-être de vérifier la valeur, voyons ce que nos observations nous ont donné d'autre.

Nous avons déjà dit que dans tous les cas, sauf un cité plus haut, il y avait plusieurs espèces de microbes à la fois : coli-bacille et streptocoque, coli-bacille, streptocoque, et staphylocoque blanc et doré, etc.

Le *caractère polymicrobien de ces infections* me semble très intéressant, à signaler, ne serait-ce que pour expliquer l'inaction du sérum anti-streptococcique dans certains cas où pourtant il y a du streptocoque.

Malheureusement j'ai été placé dans de très mauvaises conditions au point de vue de cette étude, et parce que je n'ai eu que très peu de malades de cette catégorie accessibles à mon observation, et parce que ces malades avaient presque toutes des infections post-abortives avec rétentions placentaires.

Il est évident que les conditions sont tout autres lorsque l'infection se réalise après des couches à terme, sur un utérus complètement vide. Il ne m'a été donné d'observer qu'un cas de ce genre, et encore n'ai-je pu étudier que des coupes de l'organe. Même dans ces coupes la multiplicité des agents

de l'infection était visible et cette multiplicité a d'ailleurs été constatée par M. Roux dans l'examen et les cultures qu'il a faits, ainsi que par M. Marmorek.

Si les cas que nous venons d'indiquer rapidement sont trop peu nombreux et probants pour qu'on puisse même songer à y trouver des affirmations, ils me semblent néanmoins poser des questions. Et, sauf certains cas nets et moins fréquents aujourd'hui qu'autrefois, on peut se demander avec quelque raison si le mécanisme habituel de l'infection puerpérale se ramène à la simple inoculation d'un germe pathogène au niveau d'une plaie? D'où vient ce microbe et sa virulence? Comment il pénètre dans l'utérus ?

Le problème paraît plus compliqué que celui de l'infection des plaies chirurgicales, qui lui-même est plus compliqué qu'il ne le semble de prime abord. Les questions de symbiose que nous avons indiquées paraissent le dominer et en particulier régir dans une certaine mesure la gravité si différente de ces infections suivant les cas.

OBSERVATION IV. — *Infection polymicrobienne post-abortum.*

Joséphine R..., femme H..., âgée de 37 ans, entre le 3 novembre 1895, salle Chassaignac, dans le service du professeur Terrier, à l'hôpital Bichat.

Cette femme entre à l'hôpital pour une fausse couche de 3 mois qui s'accompagne de rétention placentaire ; 37°,8 de température. Le 4 novembre on lui évacue l'utérus par un curettage et on place un drain; elle meurt le 5 novembre dans la nuit avec 39°,2 de température. Je n'ai malheureusement et ne puis donner d'autres renseignements cliniques.

Le 6 novembre j'ai pratiqué l'ablation de l'utérus, n'ayant pu faire une autopsie complète; cet organe est gros, mou, sans abcès dans la paroi, ligaments larges normaux ; pas d'épanchement péritonéal.

L'utérus est vide, complètement; sa face interne, lisse, est recouverte d'un enduit semblable à de la boue brune.

L'ensemencement sur gélose donne des colonies de staphylocoque blanc et doré, de streptocoque, et de coli-bacille; numéri-

quement, ce sont les colonies de ce dernier microbe qui prédominent.

Ce sont les seuls microbes que j'ai obtenus dans les cultures, n'ayant pas fait de cultures anaérobies dans ce cas; mais dans les frottis et les coupes de l'utérus j'ai également constaté la grosse bactérie prenant le Gram dont j'ai déjà parlé plusieurs fois; elles se trouvent en différents points de la préparation, surtout nombreuses dans la couche sous-péritonéale où elles forment de véritables amas; on en voit également le long de certains vaisseaux thrombosés.

OBSERVATION V. — *Infection puerpérale polymicrobienne.*

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années, amenée à l'hôpital quelques jours après un avortement, profondément infectée; malgré un curettage et des injections intra-utérines antiseptiques elle ne tarda pas à succomber. Malheureusement nous n'avons pu nous procurer d'autres renseignements cliniques sur cette malade.

AUTOPSIE, le 16 mars 1896. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une péritonite avec adhérences nombreuses et collections purulentes surtout abondantes dans le petit bassin ; les anses intestinales sont de plus recouvertes, ainsi que les ovaires, de membranes fibrineuses se détachant facilement.

Rien aux reins, ni à la rate, sauf que celle-ci est un peu flasque. Le foie présente l'odeur du foie gras.

Utérus et annexes. Trompes purulentes mais non augmentées de volume. Abcès du volume d'un gros haricot dans l'ovaire gauche.

En avant de l'utérus, entre cet organe et la vessie, on trouve un peu à gauche de la ligne médiane un abcès du volume d'une noisette, se prolongeant en trajet étroit le long et à gauche de l'utérus qu'il contourne; cette traînée de pus paraît s'être développée à l'intérieur d'un vaisseau.

La paroi utérine amincie ne présente pas d'abcès à la coupe. A la face interne de l'utérus, partout tapissée d'un enduit gris rougeâtre, on trouve en avant et à gauche, près du fond, un fragment de cotylédon placentaire.

L'*examen* du pus péritonéal y montre de nombreux cocci, groupés surtout sous forme de chaînettes, ainsi que des staphylo-

coques et quelques gros et longs bacilles ; tous ces microbes prennent le Gram.

Le pus de l'ovaire ne contient presque rien que des streptocoques.

Le pus de la cavité utérine renferme de très nombreux microbes (staphylocoques, streptocoques) ; mais ce qui prédomine d'une façon très manifeste, c'est le très gros bacille prenant le Gram que nous avons déjà vu deux fois.

Les cultures n'ont donné que des staphylocoques et des streptocoques ; malheureusement le seul tube ensemencé anaérobiquement n'a pas été cultivé, de sorte que je n'ai pu avoir la preuve absolue qu'il s'agissait bien de la même bactérie que dans les 2 cas précédents.

Des *coupes* de l'utérus colorées par la méthode de Gram m'ont fait retrouver les mêmes microbes ; je noterai tout particulièrement que le bacille se trouvait non seulement dans les parties les plus internes de la paroi, mais encore, en abondance, dans la couche sous-péritonéale de celle-ci.

Observation VI. — *Infection puerpérale polymicrobienne (coli-bacilles et streptocoques)* (Résumée).

Mathilde Th..., entre le 16 décembre 1896, salle Chassaignac, n° 7, dans le service du professeur Terrier, suppléé par le Dr Hartmann, à l'hôpital Bichat.

Avortement de 6 semaines il y a 5 jours ; la malade n'a reçu à peu près aucuns soins chez elle ; elle a eu pendant tout ce temps des pertes de sang abondantes qui l'ont profondément anémiée.

Actuellement elle est fébricitante (39°,4) ; le toucher intra-utérin fait sentir une masse placentaire ; la mauvaise odeur est peu marquée et il ne s'écoule que du sang sans rien qui ressemble à du pus. Pas de douleurs.

Le 17, on endort la malade et on évacue complètement l'utérus à la cuillère et la curette. Cautérisation au chlorure de zinc. Lavage intra-utérin. On place dans l'utérus un gros drain enveloppé de gaze iodoformée. Injection d'un gramme d'ergotine à cause de l'écoulement sanguin qui persiste.

L'état de la malade s'améliore d'abord un peu sous l'influence du traitement (injections sous-cutanées de sérum artificiel, caféine, alcool) et le lendemain de son opération sa température était

presque normale, mais le surlendemain la température remontait à 39°,2 ; les accidents infectieux, qui n'avaient jamais cessé complètement, allèrent s'aggravant ; la malade présentait un peu de subictère et semblait devoir succomber rapidement. En l'absence de manifestations péritonéales le Dr Hartmann résolut d'enlever l'utérus, foyer principal d'infection.

Le 25 décembre 1896 il pratiquait une hystérectomie abdominale. On put constater alors l'intégrité absolue du péritoine, aussi bien que des annexes et des ligaments larges. L'opération du reste fut facile et rapide (27 minutes en tout) ; l'état ne fut en rien modifié ; la malade était dans un état de subdélirium avec la bouche sèche, de la diarrhée et succomba dans la nuit du 27 au 28 sans le moindre symptôme péritonéal, par continuation de sa septicémie. L'autopsie ne put être faite.

L'*examen* des parties enlevées par le curettage ne montra qu'un bacille se décolorant par le Gram, mais les cultures mirent en évidence du streptocoque en même temps que du coli-bacille.

On trouva les mêmes microbes dans l'utérus enlevé, et on put en même temps constater que la paroi interne de l'organe était parfaitement nette et lisse dans toute son étendue, sans trace de débris quelconques.

OBSERVATION XVII. — *Infection puerpérale poly-microbienne.* (Résumée.) Due à l'obligeance de M. le professeur PINARD (1).

Marie Ch..., primipare, âgée de 24 ans, entre le 13 janvier 1897 à la clinique Baudelocque, à 1 heure de l'après-midi.

Cette femme est dans un état de malpropreté extrême au moment de son entrée.

Albuminurie considérable, dont le dosage n'a pas été fait.

A son entrée, température 36°,9; pouls : 78.

Les membranes se rompent au moment où la femme se met au lit ; le liquide amniotique est vert. Présentation du sommet en gauche transverse. Bassin vicié. Diamètre P.-S.-P. = 104 mm. L'engagement ne se faisant pas, M. Lepage décide de faire une

(1) Je tiens à remercier M. le professeur Pinard, non seulement pour cette intéressante observation, mais encore pour son amabilité à mon égard pendant le temps où j'ai pu profiter de son enseignement, faisant mon stage obstétrical à la clinique Baudelocque.

symphyséotomie; celle-ci est faite à 8 h. 30 du soir. L'enfant est extrait par version podalique, une application régulière de forceps étant impossible.

Forte hémorrhagie au moment de la délivrance artificielle (Bouffe de Saint-Blaise).

Écartement provoqué maximum = 6 centimètres; déchirure du vagin.

Le 14 janvier, temp. 38° m., 38°,5 s. Injection de 10 grammes de sérum et de 500 grammes de sérum artificiel.

Le 15. Temp. 39°,3 m., 38° s. Injection de 20 grammes de sérum Marmoreck et de 1 litre de sérum artificiel. Irrigation continue. L'ensemencement du sang de la malade reste stérile.

Le 16. Temp. 37°,4 m., 35°,2 s. Irrigation continue. Curettage de l'utérus. Injection de 20 grammes de sérum Marmoreck et de 500 de sérum artificiel.

Le 17. Temp. 37° m., 38°,2 s. Irrigation continue; 10 grammes de sérum Marmoreck, 100 grammes de sérum artificiel.

Le 18. Temp. 38°,6 m., 39°,6 s. Irrigation. 1 litre de sérum artificiel, 40 gr. de sérum Marmoreck. 2 frissons.

Le 19. Temp. 40°,6 m., 38°,6 s. 2 frissons; 40 grammes de sérum de Marmoreck, 1 litre de sérum artificiel.

Le 20. Temp. 38°,2 m., 39° s. Injection de 40 grammes de sérum de Marmoreck et de 1,500 grammes de sérum artificiel, 4 frissons.

Le 21. Temp. 40° m., 39°,4 s. Frisson. Injection de sérum artificiel; on constate du sphacèle de la région vulvo-vaginale.

Le 22. Temp. 39°,2 m., 40°,6 s. 2 frissons; 1,500 grammes de sérum.

Le 23. Temp. 38°,2 m., 40°,2 s. Sérum artificiel, quinine.

Le 24. Temp. 38°,6 m., 40°,6 s. Même traitement; délire.

Le 25. Temp. 40°,2 m., 40°,2 s. Écoulement sanieux abondant venant du vagin ; irrigation vaginale continue; malade presque inconsciente.

Le 26. Temp. 41°,5. La malade meurt à 11 heures du matin.

AUTOPSIE, pratiquée le lendemain matin.

Péritoine sain, pas trace d'adhérences.

Annexes normales; utérus revenu.

Dans le cul-de-sac vésico-utérin, une cuillerée à café de liquide louche dont M. Marmoreck a fait une prise.

On ne voit rien d'anormal en regardant la région opératoire par

le bassin. A droite de l'utérus et de la vessie, par transparence, on aperçoit un épanchement sous-péritonéal qui paraît fuser le long de la gaine de l'iliaque externe et qui s'étend un peu dans la fosse iliaque droite.

Au premier abord la plaie symphysienne paraît réunie par première intention, bien que les fils soient enlevés; mais on décolle facilement les adhérences et on tombe en arrière sur une poche dans laquelle on pourrait loger une noix ; les parois de cette loge sont sphacélées; elle contient un liquide d'odeur infecte dont M. Marmoreck fait une prise.

En pratiquant le toucher vaginal on pénètre dans cette logc et la communication qui semble située à droite de la ligne médiane admet facilement trois doigts.

De la plaie opératoire on pénètre dans deux diverticules dont l'un s'en va à droite à 9 centimètres, et l'autre à gauche à 6 centimètres ; ces deux diverticules sont remplis de liquide sanieux.

En avant de la symphyse existe un cul-de-sac qui s'étend sur une distance de 3 centimètres environ entre les téguments et lo bassin.

Les poumons présentent à droite quelques adhérences récentes au niveau du lobe supérieur.

Prise de sang dans lc ventricule droit.

Foie muscade, pèse 2 kilogrammes.

Les reins se décortiquent facilement, mais plusieurs pyramides paraissent malades à l'œil nu. Rate pèse 400 grammes.

L'utérus est revenu sur lui-même, mais à la coupe ses vaisseaux sont gorgés de pus dans les trois quarts internes de son épaisseur environ, le segment externe en paraissant exempt ; le col utérin est sphacélé.

M. Marmoreck, qui s'est chargé de *l'examen bactériologique* des liquides, a bien voulu me donner les renseignements suivants :

Le liquide péritonéal contenait du bactérium coli à l'état de pureté ; au niveau de la plaie opératoire on trouvait : des streptocoques, des staphylocoques, du coli-bacille et un bacille anaérobie fin se colorant par la méthode de Gram ; au niveau du col utérin il y avait du coli, du streptocoque et deux espèces de bacilles anaérobies, celui vu plus haut et un autre ayant les dimensions et l'aspect de la bactéridie charbonneuse, se colorant également par la méthode de Gram. Le sang du cœur ne contenait pas de microbes.

Les coupes que j'ai faites de l'utérus m'ont montré deux particularités méritant d'être retenues ici : les microbes occupaient les veines et les lymphatiques jusqu'à 1 centimètre environ du péritoine et la thrombose des vaisseaux s'élendant plus loin paraissait avoir apporté un obstacle à leur progression au delà ; d'autre part,ces microbes étaient représentés par trois espèces au moins : staphylocoque, streptocoque et le bacille anaérobie fin décrit ci-dessus.

ÉTUDE SUR LE DÉTROIT SUPÉRIEUR DU BASSIN NORMAL DANS LA RÉGION LYONNAISE

Par le Dr **F. Commandeur**,
Ancien aide d'anatomie,
Moniteur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Nous avons eu l'occasion l'année dernière, en faisant quelques recherches sur les bassins rétrécis, d'examiner un assez grand nombre de bassins normaux. Nous eûmes l'idée alors d'étudier quels étaient les caractères du bassin normal dans la région lyonnaise, tant au point de vue de sa forme que de ses dimensions. C'est cette étude, qui porte sur 94 bassins normaux, dont je veux développer les résultats.

Rien n'est aussi malaisé que de définir de façon précise en anatomie ce qu'est le bassin normal. La chose est relativement facile en clinique : un bassin normal est celui qui, par sa forme et ses dimensions, laisse passer une tête fœtale à terme, d'ossification moyenne, sans déformations notables et sous l'influence de contractions utérines de moyenne intensité, cette tête passant en position oblique et en attitude modérément fléchie... Mais la définition anatomique est autrement difficile à donner, et on ne saurait trop insister sur ce qu'a d'artificiel le type du bassin normal tel qu'on le trace en anatomie.

Le bassin normal anatomique est un bassin purement idéal, tellement idéal que nous n'avons pu en rencontrer un seul

sur les 94 bassins que nous avons mesurés. Nous ne faisons en tout cela que confirmer l'opinion de tous ceux qui ont mesuré un grand nombre de bassins à l'amphithéâtre.

« Ce type du bassin normal, dit Depaul, paraît être si rare que s'il fallait ranger dans les bassins viciés tous ceux qui n'en présentent pas une image fidèle, on aurait grand' peine d'en trouver de loin en loin un exemplaire irréprochable. Ainsi de 50 bassins recueillis par Nægele sur des cadavres de femmes paraissant bien conformées et dont aucune n'avait eu d'accouchement difficile, pas un ne fut jugé propre à la description du bassin régulier. Il en fut absolument de même de 45 bassins réunis par les soins du professeur Otto, de Breslau. »

C'est la même opinion que professent Nægele et Grenser, Lusk, Joulin, Barnes, Schröder. Les bassins non seulement s'écartent tous du type normal, mais encore diffèrent très notablement entre eux, et Schröder déclare que « les différences individuelles des bassins de femmes sont très grandes ».

Il n y a donc pas, à proprement parler, un bassin normal, mais des bassins suffisants, et la limite entre ceux-ci et les bassins rétrécis ne peut nous être fournie que par les données de la clinique.

Le bassin normal ne doit être considéré, comme le dit Barnes, que comme un bassin étalon, et uniquement cela. « On ne le construit pas en prenant les moyennes sur un grand nombre de bassins quelconques mais de bassins choisis. Le meilleur choix serait celui qui serait fait entre des bassins de femmes ayant prouvé par des accouchements normaux leur capacité parturiente. »

C'est en somme un point de repère, un schéma qui sert de point de comparaison et qui permet de définir un bassin donné. Pratiquement, toutes les femmes diffèrent par leur bassin au moins autant que par leur visage. Nous partirons néanmoins de ce type du bassin normal anatomique pour grouper et définir nos bassins suffisants et nous adopterons

les chiffres donnés par les classiques modernes et qui sont les suivants :

Diamètre	sacro-pubien minimum.......	10	centim. 5
—	transverse maximum.........	13	— 5
—	transverse médian...........	12	—
—	obliques.....................	12	—
Distance	sacro-cotyloïdienne...........	9	—

Les bassins suffisants présentent au premier abord une telle variété qu'il est difficile d'en faire une classification rigoureuse. Chacun des diamètres du bassin normal peut en effet varier indépendamment des autres, même les diamètres pairs comme les obliques et les sacro-cotyloïdiennes. Il en résulte une foule de combinaisons où l'on trouve un ou plusieurs diamètres diminués ou agrandis, les autres variant dans le même sens ou en sens inverse, c'est-à-dire agrandis ou diminués. Ainsi, par exemple, un bassin peut avoir ses obliques et son sacro-pubien allongés alors que le transverse conserve ses dimensions normales ou est diminué, ou au contraire, ce sera le transverse qui sera agrandi avec les obliques et le sacro-pubien conservé ou diminué.

Mais il est à remarquer, et c'est un point sur lequel nous insistons, que les obliques constituent d'une façon générale le diamètre le plus fixe du bassin. C'est certainement celui qui, de tous, diminue le moins, et toutes les fois qu'on le trouve réduit, on peut affirmer que les deux autres diamètres cardinaux ou au moins le transverse ont subi une réduction correspondante.

Il nous a paru utile de chercher à définir les différentes modalités de variations des diamètres du bassin quant à leurs dimensions. Voici comment, en les rapportant au bassin normal type, on peut les classer :

1° Tous les diamètres cardinaux (1) sont augmentés ou

(1) Nous appelons diamètres cardinaux le sacro-pubien, le transverse et les deux obliques.

diminués en même temps, soit également (et alors leur rapport normal est conservé ; exemple : bassin généralement grand, bassin généralement petit), soit inégalement (bassin grand circulaire, grand bassin à prédominance du sacro-pubien).

2° Deux des diamètres peuvent être augmentés, le troisième étant conservé ou diminué (ex. : grand bassin aplati). Ou bien ces deux diamètres sont conservés et le troisième diminué (bassin moyen aplati).

3° Un seul des diametres peut être augmenté, les deux autres étant conservés (ex. : bassin moyen à sacro-pubien dominant, bassin moyen circulaire, bassin moyen à oblique dominant).

4° Un seul des diamètres est conservé, les deux autres étant diminués (bassin petit à sacro-pubien dominant).

D'ailleurs, ces modalités de variations sont infinies dans leurs nuances et c'est cette infinité qui fait que le bassin d'une femme donnée possède son individualité et le distingue des autres. De ce fait découle aussi cette conséquence qu'il y a entre ces quatre grandes classes des points de contact et de transition, si bien qu'il est quelquefois difficile de placer un bassin dans l'une ou l'autre de ces classes.

Il est bien entendu que dans ces données générales, nous considérons les deux obliques comme marchant toujours de pair, c'est-à-dire variant également. Nous verrons en serrant de plus près la question que ce n'est cependant pas l'expression exacte de la vérité, puisque ordinairement les bassins suffisants sont asymétriques à un degré plus ou moins prononcé.

Nous allons maintenant étudier les faits de plus près et chercher à grouper nos bassins normaux d'après leurs caractères communs en des classes précises.

Comme le font remarquer Nægele et Grenser, Barnes, les bassins diffèrent entre eux au point de vue de leur volume général, ce qui permet de les diviser en bassins grands, moyens et petits. Nous acceptons cette division, mais en

précisant la définition; et nous dirons qu'un bassin est grand lorsque sont augmentés ses 3 diamètres cardinaux ou au au moins 2 de ces diamètres ; l'autre diamètre en effet peut conserver sa longueur normale ou même être diminué quoique l'augmentation de surface de l'aire du détroit supérieur soit perceptible à l'œil qui le compare à l'aire d'un bassin normal type. Il ne faut pas tenir compte évidemment des augmentations trop faibles et nous ne considérons un diamètre comme agrandi que lorsqu'il dépasse d'au moins 5 millim. les dimensions normales. Il faut encore faire remarquer que l'oblique constitue toujours l'un des deux diamètres agrandis, l'autre étant formé, tantôt par le sacro-pubien, tantôt par le transverse.

Le bassin est petit lorsque ses 3 diamètres ou 2 au moins de ces diamètres sont diminués. Il est moyen lorsque ces mêmes diamètres oscillent autour du chiffre normal.

Les variations d'un seul diamètre n'influencent pas de sensible façon l'étendue du détroit supérieur et ne modifient guère en somme que sa forme en lui donnant tel ou tel type.

Les variations des obliques jointes à celles de l'un des deux autres diamètres constituent la base de l'agrandissement ou de la diminution du bassin. Mais disons dès maintenant que nous considérons l'oblique comme ayant 12 centim. 5, et c'est de ce chiffre que nous compterons les variations de ce diamètre. Nous établirons plus loin par des chiffres pourquoi nous avons assigné à l'oblique cette limite moyenne.

Des bassins grands.

Un bassin grand implique donc que les deux obliques plus l'un des deux autres diamètres, ou les deux autres sont agrandis ! Avant d'entrer dans l'étude détaillée de leurs variétés il nous faut dire quelle est leur fréquence.

Tous les bassins que nous avons rangés dans cette catégorie ont des obliques d'au moins 13 centim. Dans quelques-uns cependant un des deux obliques n'atteint pas

tout à fait ce chiffre, mais cette infériorité est compensée par l'augmentation de l'autre oblique notablement supérieur à 13 ou par ce fait que le sacro-pubien et le transverse sont augmentés à la fois. Il n'y a d'ailleurs entre les bassins grands et les moyens pas de limite précise, pas plus qu'entre les moyens et petits et les limites que nous avons créées sont purement artificielles, commodes seulement pour la classification.

Sur 94 bassins suffisants nous en avons trouvé 38 remplissant les conditions de la définition du bassin grand, soit 40 p. 100 ou environ deux sur cinq. Cette proportion élevée démontre donc que le bassin des femmes de la région lyonnaise est fréquemment un grand bassin.

Voyons maintenant les variétés de forme des bassins grands. Elles sont dominées par ce fait que, les obliques étant augmentés, c'est tantôt le sacro-pubien, tantôt le transverse, tantôt les deux qui varient parallèlement à lui. La définition de ces variétés et leur classification fera mieux comprendre. Les bassins grands peuvent se ranger en 4 classes.

1° *Bassin généralement agrandi.* — Tous les diamètres sont augmentés dans la même proportion de sorte que la forme du bassin normal type s'y retrouve.

2° *Grand bassin aplati.* — Les obliques et le transverse sont augmentés, mais le sacro-pubien reste fixe ou est diminué.

3° *Grand bassin à sacro-pubien dominant* (1). — Les obliques sont augmentés, le tranverse peut l'être aussi ou seulement conservé, mais le sacro-pubien prend des proportions considérables. A cette forme confine la 4e.

4° *Grand bassin circulaire*, caractérisé par l'égalisation de tous les diamètres cardinaux du bassin avec saillie insigni-

(1) Par cette dénomination nous n'entendons pas dire que le sacro-pubien est plus grand que les autres diamètres, mais que ses dimensions par rapport aux autres diamètres sont prépondérantes.

fiante du promontoire sur le contour du détroit supérieur.

Joulin dans son traité se montre sceptique quant à l'existence de ces formes et d'autres que nous trouverons en étudiant les bassins moyens et petits.

Nous ne sommes nullement de son avis et les classes que nous admettons s'imposent par les chiffres mêmes.

A. — *Le bassin généralement agrandi* peut présenter de nombreuses variations quant à ses dimensions. Tandis que les uns confinent presque au bassin moyen, on en voit d'autres atteindre des dimensions considérables. Ce sont de véritables bassins géants. Nous en possédons un dont le sacro-pubien a 12 centim., 5, le transverse 15 centim. et les obliques dépassent 14 centim. Un autre possède des dimensions légèrement inférieures. En général le sacro-pubien oscille autour de 11 centim. à 11 centim.,5, le transverse varie de 14 à 14,5, et les obliques de 13 à 13,5; on peut pour ainsi dire les ranger par ordre progressivement croissant depuis le plus inférieur qui est à la limite du bassin moyen jusqu'au bassin géant dont nous parlions tout à l'heure.

Comme fréquence nous avons trouvé 16 bassins généralement agrandis sur 30 bassins grands, soit environ 4 sur 9, soit 42 p. 100 des bassins grands.

B. — *Le grand bassin aplati* est un peu moins fréquent. Nous en trouvons 12 sur 38, soit environ 1 sur 3 ou 31 p. 100 des bassins grands.

C'est dans cette classe que nous voyons apparaître les diamètres transverses les plus considérables. Ils oscillent ordinairement entre 14,5 et 15 (1) et ce fait est bien en rapport avec ce que nous savons du bassin aplati, à savoir que la réduction même relative du sacro-pubien s'accompagne souvent d'un allongement du transverse.

Un de ces grands bassins aplatis possède des dimensions telles que le transverse atteint 16 cent., 5 et les obliques 15 cent. alors que le sacro-pubien ne possède que 10 cent.5.

(1) Et dépassent 15 dans 4 cas.

C'est là un des plus beaux spécimens de grand bassin aplati que nous ayons trouvé.

Ici encore nous trouvons toute une série d'intermédiaires qui relient le grand bassin aplati au bassin généralement agrandi et au bassin moyen. L'aplatissement n'existe pas en effet au même de degré dans tous ces bassins et le sacro-pubien, qui varie ordinairement entre 10 et 10,5, peut descendre jusqu'à 9,5 avec un transverse atteignant cependant 14,5. Quant aux obliques, ils dépassent ordinairement 13 centim.

C. — *Le grand bassin à sacro-pubien dominant* forme une classe plus rare que les précédentes. Nous en avons trouvé 8 sur 38 bassins grands, soit 1 sur 5 ou 20 p. 100 des grands bassins. Dans presque tous ces bassins (sauf deux) le sacro-pubien dépasse 12 centim. et oscille autour de 13 centim.,5, atteignant dans un cas 12 centim.,9. Les obliques sont, bien entendu, agrandis, mais il est remarquable de voir que le transverse conserve ordinairement ses dimensions normales et rarement se trouve agrandi de façon sensible; deux fois seulement il dépasse 14.

D. — *Grand bassin circulaire.* — Les diamètres ici tendent à devenir sensiblement égaux. Ce sont des bassins rares. Nous en possédons seulement deux, soit 1 sur 19 ou 5 sur 100. L'un d'eux est constitué de la façon suivante : Le transverse reste normal (13,4) et les deux obliques ainsi que le sacro-pubien augmentent jusqu'à dépasser 13 centim., de telle sorte que ce bassin nous présente un conjugué vrai de 13,7. Dans le second cas, au contraire, les deux obliques augmentés sont à 13 centim., et on voit d'une part le sacro-pubien monter à 12, alors que le transverse descend à ce chiffre.

Dans le premier cas, il y a donc augmentation (plus marquée il est vrai sur le diamètre sacro-pubien) des obliques et du conjugué vrai pour rejoindre le transverse resté fixe.

Dans le deuxième cas il y a au contraire augmentation du sacro-pubien et diminution presque parallèle du transverse pour rejoindre les obliques légèrement augmentés.

Ces bassins réalisent donc, au point de vue de la forme, le détroit supérieur du nouveau-né.

Des bassins moyens.

Les bassins moyens sont tous ceux qui par leurs dimensions se rapprochent du bassin normal type. Nous en avons recueilli 46 sur 95 bassins suffisants, ils en constituent donc presque la moitié. Mais là encore il nous faut établir des classes et nous retrouvons les 4 catégories de forme que nous avons décrites plus une cinquième, rare, que nous avons dû créer. Nous décrirons donc :

1° Le bassin moyen ou normal.

2° Le bassin moyen aplati.

3° Le bassin moyen à sacro-pubien dominant.

4° Le bassin moyen circulaire.

5° Le bassin moyen à obliques dominants.

A. — *Le bassin normal.* — Nous insisterons peu sur lui. Rappelons seulement qu'il n'y en a pas qui puisse être exactement superposable au bassin type normal et qu'il y a entre chaque bassin des différences individuelles suivant que tel ou tel diamètre est un peu plus court ou un peu plus long dans les limites de 5 millim. que nous avons admises.

Il faut encore faire remarquer que toujours les obliques sont supérieurs à 12 centim., fait sur lequel nous reviendrons.

Ces bassins normaux ou à peu près sont au nombre de 17 sur 46 bassins moyens, c'est-à-dire représentent une proportion de 3 sur 8 ou 37 p. 100 des bassins moyens.

B. — *Le bassin aplati moyen* a ses obliques conservés, son transverse conservé ou agrandi et son sacro-pubien diminué.

Le plus souvent le transverse est simplement légèrement augmenté, rarement il atteint 14 ou le dépasse. C'est surtout le sacro-pubien qui est réduit et cette réduction oscille depuis 10,5 jusqu'à 9,5 qui constitue la limite du bassin rétréci, et 15 fois sur 17 le sacro-pubien est inférieur à 10 centim.

Ce ne sont pas là en somme des bassins fortement aplatis, mais ils se séparent néanmoins nettement du bassin moyen. Nous en avons 18 qui représentent sur 46 bassins moyens une proportion environ de 1 sur 3, ou plus exactement 37 p. 100 des bassins moyens.

C. — *Les bassins moyens à sacro-pubien dominant* sont comme dans les grands bassins, en proportion faible. Les dimensions du conjugué vrai oscillent autour de 11 centim. 5, deux fois seulement elles atteignent 12,5 et même 12,7. Nous en avons 8 sur 6 ou 17 p. 100 des bassins moyens.

D. — *Les bassins moyens circulaires* sont encore plus rares, 2 sur 46 bassins moyens, soit 1 sur 23 ou un peu plus de 4 p. 100. Nous ne pouvons que répéter ce que nous avons dit du grand bassin circulaire et nous retrouverons les deux modes de formation de ces bassins, c'est-à-dire :

1° Par augmentation des obliques et du sacro-pubien (13 centim.) qui tendent à l'égalité avec le transverse à peu près fixe.

2° Par augmentation du sacro-pubien et diminution du transverse qui tendent vers l'oblique qui a ses dimensions normales.

E. — Quant aux *bassins moyens à obliques prédominant*, ils sont rares (2 sur 46, soit 4 p. 100) et ne se remarquent que par l'augmentation pure et simple des obliques, les autres diamètres ne variant pas. Il s'agit là vraisemblablement d'une augmentation de la courbure de l'arc intérieur du bassin, car les sacro-cotyloïdiennes présentent d'assez grandes dimensions (9 centim. environ). *(A suivre.)*

VERSION APPLIQUÉE A UN CAS DE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN. EXTRACTION FACILE. MORT DE L'ENFANT AU TROISIÈME JOUR

Par le Dr G. Fieux.

Marie X..., âgée de 28 ans, entre le 20 juillet à la Maternité de Bordeaux.

Ses antécédents, soit héréditaires, soit personnels, ne présentent rien qui mérite d'être signalé.

Elle aurait fait ses premiers pas à 11 mois et demi et depuis cette époque sa marche n'a été troublée par aucune affection.

Réglée bien régulièrement depuis l'âge de 14 ans.

Il y a 4 ans, première grossesse qui fut bien conduite jusqu'au terme. Le travail fut très long. Trois applications de forceps, durant lesquelles l'enfant succomba, furent tentées sans résultat. L'accouchement fut terminé par une basiotripsie. M. le Dr Lefour qui fut appelé à la campagne pour pratiquer ce dernier temps de l'intervention, put nous dire que l'enfant, volumineux, du sexe masculin, était en présentation de la face, variété frontale.

Les suites de couches furent compliquées par l'apparition d'une phlébite qui tint la malade au lit une cinquantaine de jours.

La menstruation reparaît régulière comme auparavant et à la fin de 1895, Marie X... retombe enceinte. Les dernières règles ont apparu du 28 au 30 octobre. Cette deuxième grossesse évolue sans incidents. Les premiers mouvements actifs sont perçus au commencement du mois de mars.

Elle se présente dans le service le 20 juillet, c'est-à-dire dans les premiers jours du neuvième mois. Le fond de l'utérus est à 27 centimètres au-dessus du pubis. Le fœtus vivant, bien développé, se présente par le sommet en O. I. G. T. La tête est mobile au détroit supérieur. Bassin aplati.

Diamètre promonto-sous-pubien, 102 millimètres ; symphyse pubienne paraissant normale comme épaisseur, hauteur et inclinaison.

Rien dans l'aspect général de cette femme ne fait prévoir la viciation pelvienne dont elle est atteinte.

Nous décidons de laisser la grossesse aller jusqu'à son terme, quitte à recourir alors à l'agrandissement momentané du bassin, si, comme la chose était très probable, la tête ne s'engageait pas d'elle-même.

Le 19 août le travail se déclare. Début des douleurs à une heure du matin. Dès les premières contractions, alors que la tête était encore mobile au-dessus de l'excavation, on peut facilement constater que la tête a tendance à se défléchir: sinus entre le dos et l'occiput, perception du front et de la racine du nez à travers le segment inférieur. A 7 heures du soir la dilatation est complète. A ce moment, rupture provoquée des membranes après avoir, autant que possible, maintenu la tête fléchie en contact avec le détroit supérieur.

Tout est prêt pour pratiquer la symphyséotomie.

Mais au bout d'une dizaine de minutes la tête reprend brusquement sa position primitive, le front bas, en même temps qu'une anse de cordon tombe dans le vagin.

Les tentatives de réduction de l'anse herniée restent infructueuses. Les bruits du cœur deviennent presqu'aussitôt lents et irréguliers. Expulsion de méconium.

L'état de l'enfant nous paraît trop menacé pour attendre l'extraction après section symphysienne, et nous nous décidons à pratiquer immédiatement la version.

L'évolution du fœtus, après saisie d'un pied est excessivement pénible, mais l'extraction de la tête par la manœuvre de Champetier de Ribes se fait sans difficulté.

L'enfant, une belle petite fille, naît en état d'asphyxie, mais est vite ranimée.

Poids = 3,290.

D. Bi-pariétal = 98 millim.

Nous nous félicitions de ce succès facile, sans avoir eu recours à l'ouverture du bassin, lorsque dans la nuit du 2e au 3e jour l'enfant qui jusque-là n'avait manifesté aucun malaise, pâlit brusquement.

La respiration devient faible, les bruits du cœur de moins en moins perceptibles.

En quelques minutes l'enfant meurt, après avoir présenté des convulsions limitées au côté gauche.

Extérieurement la tête ne présente aucune trace de trauma-

tisme. Mais après l'ablation de la calotte crânienne, on distingue sous les méninges, du côté droit, une énorme collection sanguine qui recouvre tout l'hémisphère correspondant. En effet, sous la dure-mère incisée se trouve un très volumineux caillot qui s'est pour ainsi dire moulé dans l'espace que l'hémorrhagie s'est faite de force entre la dure-mère et la substance cérébrale recouverte des autres feuillets méningés.

Les dimensions sont de 5 centimètres sur 8.

Son poids est de 38 grammes.

Un instant nos recherches pour trouver la source de l'écoulement sanguin sont vaines ; et cependant il devait exister une brèche assez large pour expliquer une hémorrhagie si prompte et si abondante.

Enfin nous finissons par découvrir, intéressant la paroi du sinus latéral, une petite déchirure verticale de 1 millim. 1/2 de longueur, siégeant juste sur la ligne d'union du temporal et de l'occipital.

Le pourquoi et le comment de cette lésion ne peuvent être expliqués d'une façon certaine. Néanmoins, le siège de la déchirure permet de supposer qu'elle s'est produite de la façon suivante :

Au moment du passage dans l'anneau pelvien rétréci, de la tête volumineuse, il y a eu forcément réduction de celle-ci et chevauchement des os. Or, comme au niveau du sinus latéral la dure-mère est adhérente aux pièces osseuses et particulièrement sur la ligne des sutures, il est probable que sous l'influence du déplacement des os, il y a eu tiraillement de la dure-mère et rupture au niveau même du sinus.

Une partie de la paroi, l'endothélium peut-être aurait encore résisté jusqu'à ce qu'une exagération de pression provoquée par des pleurs, des cris, etc., soit venue rompre les digues et déterminer l'accident que nous avons signalé.

Tout ceci évidemment n'est que pure hypothèse. Ce qui est certain c'est que l'hémorrhagie qui a tué l'enfant a eu comme source la déchirure d'un sinus de la dure-mère, déchirure déclarée à la suite d'une extraction, tête dernière, à travers un bassin modérément rétréci.

Il résulte de cette observation qu'à la suite d'une version pratiquée comme traitement d'un rétrécissement du bassin, il ne faut pas se féliciter trop tôt du résultat, même en l'absence de toute lésion extérieure.

L'extraction est aisée et tente par cela même le praticien qui déjà y a eu recours.

Mais il est difficile d'évaluer la traction toujours vigoureuse de l'opérateur, et bien plus encore la pression excercée par l'aide sur le front de l'enfant.

Ces deux forces combinées et bien dirigées ne font souvent que donner l'illusion d'un passage facile.

Il n'est donc pas douteux que la version dans les cas de viciation pelvienne, quoique bien plus rationnelle et moins funeste que l'application de forceps, soit un danger non seulement à cause de la lenteur de l'extraction, ce qui est classique, mais aussi à cause du traumatisme occasionné par la réduction fatale de la tête.

HOPITAL DES FEMMES D'OBOUKHOV

L'ULCÈRE ROND SIMPLE DU VAGIN

Par le Dr **Bekmann** (1).

Aussi bien les néoplasmes primitifs que les ulcères du vagin sont très rares. Parmi ces derniers, on rencontre une forme qui par sa ressemblance avec l'ulcère rond de l'estomac a été appelée par M. Zahn, ulcère rond du vagin. Comme il est jusqu'à présent très peu connu, je me permets d'en rapporter ici une observation.

Notre malade, âgée de 64 ans, veuve, ayant eu 2 enfants, est entrée à l'hôpital d'Oboukhov se plaignant de pertes blanches très fortes. N'a jamais souffert de prolapsus de la paroi vaginale, n'a jamais porté de pessaire.

(1) Traduit du russe par Mme Rechtsamer, docteur en médecine.

La malade, assez forte, bien conformée, excepté un peu d'artériosclérose, ne présente aucune modification dans les organes internes. Rougeur autour des parties génitales externes s'étendant jusqu'à la face interne des cuisses. Écoulements du vagin liquides et purulents, vagin relativement large. L'utérus mobile, le corps n'est pas augmenté de volume, les annexes sans modifications. A l'aide de spéculum cannelé, on découvre dans le cul-de-sac postérieur un peu à droite de la ligne médiane, un ulcère, dont une partie s'étend également sur la paroi postérieure du vagin. La grandeur de l'ulcère est d'une pièce de 3 copeks (plus grand que dix sous), la forme n'est pas tout à fait régulière, mais ronde. Le fond de l'ulcère est rouge, couvert seulement d'une petite quantité de détritus jaune. Les bords de l'ulcère accentués, son fond est à peine au-dessous du niveau de la muqueuse vaginale. Au palper, l'ulcère est lisse.

Après l'injection de 0,05 de cocaïne, l'ulcère a été excisé et la plaie cousue par des sutures à nœuds. Sept jours après l'opération, en enlevant les sutures, on a constaté que les bords de la plaie se sont écartés. Plus tard, la plaie s'est cicatrisée par intention secondaire. Les pertes ont cessé et la malade s'est sentie si bien qu'elle avait demandé à quitter l'hôpital avant la guérison complète.

L'ulcère enlevé a été fixé dans l'alcool. Les coupes des morceaux, contenus dans la celloïdine et colorés par l'hématoxyline et éosine ont montré le tableau suivant. L'épithélium stratifié, bien développé, s'arrête brusquement sur les limites de l'ulcère.

On voit sur les mêmes limites, dans quelques endroits, un amincissement brusque du revêtement épithélial qui recouvre encore sur une certaine étendue l'ulcère sous forme d'une couche déjà nécrosée. L'ulcère lui-même est constitué d'un tissu très riche en petites cellules rondes avec gros noyaux se colorant bien. Entre ces cellules on voit en petite quantité un tissu fibreux jeune. Peu de vaisseaux et capillaires. Les couches supérieures de ce tissu ressemblent à un tissu granuleux, sont imbibées par places par du pigment sanguin et sont détruites dans d'autres endroits par des hémorrhagies et sont nécrosées. Sur quelques coupes, on voit que la couche mince du sang recouvre la circonférence de l'ulcère. Les vaisseaux présentent partout, dans la profondeur de la paroi vaginale enlevée, le tableau d'en-

dartérite. L'intima des vaisseaux est 3-5 fois plus épaisse qu'à l'état normal, par suite du développement exagéré du tissu conjonctif, constitué principalement de cellules fusiformes. Quoique je n'aie pu trouver l'oblitération de la lumière des vaisseaux, je crois, néanmoins, qu'elle est dans beaucoup d'endroits très rétrécie. Les coupes transversales de quelques vaisseaux montrent la lumière des vaisseaux en forme de demi-lune en fente par suite du développement exagéré, inégal du tissu conjonctif dans les vaisseaux. Dans un endroit, déjà dans la région des limites de l'ulcère, on voit dans l'épaisseur de la paroi vaginale une relativement grande quantité de sections tranversales de vaisseaux à parois très minces, remplis de globules sanguins. On rencontre parmi eux des cavités de forme irrégulière, aussi remplies de globules sanguins. Ces cavités ont des parois très minces, constituées par places exclusivement d'endothélium ou encore d'une ou de plusieurs couches de cellules fusiformes. Ce sont probablement des capillaires très dilatés et des petites veines. Ont-ils un rapport avec l'origine de l'ulcère dont ils se trouvent à une certaine distance ? Je n'ose pas me prononcer.

Ce tableau microscopique répond exactement aux descriptions de l'ulcère rond du vagin. Dans la littérature médicale on en connaît huit cas, et dans la littérature russe pas un seul. Déjà dans le premier travail de Zahn, on a émis une supposition que l'ulcère pourrait provenir d'une nutrition insuffisante par suite de modifications dans les vaisseaux. Dans la première observation de Zahn la lumière de l'artère se rendant vers la région de l'ulcère était complètement oblitérée. Dans la seconde observation du même auteur on n'a constaté que l'endartérite des vaisseaux. La nécrose locale a eu lieu après une hémorrhagie dans la muqueuse. Il y avait plusieurs ulcères, dont la période la plus précoce du développement se présentait sous forme de taches brunes pigmentées de la muqueuse vaginale. Et dans les autres observations décrites qui ont été toutes réunies dans le travail de Beuttner, on a trouvé des modifications des vaisseaux et chez quelques-uns des malades on a constaté des maladies de cœur (endocardite chronique).

Dans l'observation de Beuttner (1) on a trouvé en outre à l'autopsie un ulcère rond du duodénum. Quelques auteurs (Klebs) signalent, en dehors des modifications dans le système sanguin, l'acidité exagérée des sécrétions vaginales et utérines comme favorisant la formation de l'ulcère rond du vagin.

Presque toutes les malades était âgées ; chez 3 on a diagnostiqué l'ulcère pendant la vie, chez les autres on l'a trouvé par hasard à l'autopsie. Quelquefois il n'y avait pas de plaintes, d'autres fois les malades se plaignaient de pertes blanches, de douleurs dans le bas ventre et d'une sensation désagréable dans les organes génitaux.

Le diagnostic de l'ulcère rond du vagin est embarrassant à cause de sa rareté. Le plus souvent il ressemble aux ulcères traumatiques, c'est pour cela qu'il faut éliminer les lésions traumatiques du vagin (prolapsus, pessaires). L'ulcère est situé le plus souvent sur la paroi postérieure du vagin, il est nettement limité, de couleur rouge ou violet, sans dépôt (membrane visible). Les tissus entourant l'ulcère ne sont pas modifiés.

Dans les cas plus prononcés, les bords de l'ulcère tombent, descendent brusquement, le fond est occupé par des granulations saignant facilement, recouvertes par places par un dépôt gris purulent. Dans ces cas (Skovronsky), au premier examen, on ne peut presque pas distinguer l'ulcère rond d'un ulcère cancéreux. On rencontre aussi des ulcères multiples [Zahn (2) Braitwaite, (3)] provenant d'un épanchement sanguin avec nécrose consécutive, commençant par le centre de la tache brune, ecchymose; plusieurs ulcères peuvent se réunir.

La marche chronique de l'ulcère rond donne la possibilité d'éliminer le *néoplasme* (carcinome ou sarcome). On distin-

(1) *Monatschrift für Geb. u. Gyn.*, 1896, Februar.

(2) *Virchow's Arch.*, Bd. 115.

(3) *Lancet*, July 21, 1894.

gue l'ulcère rond d'un *chancre syphilitique* par l'absence d'induration de son fond et de ses bords; le *chancre mou* se caractérise par sa marche plus aiguë et son auto-inoculation, ce qui fait qu'en dehors de l'ulcération dans le vagin il y en a dans d'autres endroits. Dans des cas douteux, il faut avoir recours au traitement spécifique, dont le résultat fera admettre l'une au l'autre supposition.

Quant au *traitement* de l'ulcère rond, il faut remarquer que l'enlèvement opératoire ne paraît pas donner de bons résultats, puisque dans les deux cas opérés (et celui de Skowronsky), les sutures faites après l'excision de l'ulcère ont manqué.

REVUE CLINIQUE

CANCER INTERSTITIEL DU COL DE L'UTÉRUS, AVEC PROLONGEMENTS ÉPITHÉLIAUX DANS LE TISSU MUSCULAIRE DU CORPS DE L'ORGANE

Par M. le Dr **P. Bégouin** (1).

Femme de 49 ans, dans les antécédents héréditaires de laquelle nous n'avons rien trouvé à signaler, n'a présenté aucun trouble du côté de son appareil génital jusqu'à l'âge de quarante-trois ans. A cette époque, elle fut prise de pertes blanches, mais qui ne s'accompagnèrent pas de douleurs dans le bas-ventre, ni d'aucune modification dans les règles, aussi n'y attacha-t-elle pas d'importance.

En mai 1896, elle eut un jour, sans cause connue, — à l'époque ou en dehors de l'époque de ses règles, la malade n'en sait rien, — une hémorrhagie utérine très abondante qui dura huit jours.

Depuis ce moment, si les règles se montrèrent régulières et d'abondance normale, cette malade perdit constamment un liquide

(1) Communication à la *Société de Gynécologie* de Bordeaux.

jaune roussâtre, sans odeur, mais irritant pour la partie interne de ses cuisses.

Un peu de ténesme rectal et vésical vint compliquer la situation dans ces derniers mois et l'engagea à entrer à l'hôpital, bien que son état général fût resté bon.

Quand M. Demons l'examina, il trouva un col un peu gros, ferme, bosselé; sur la lèvre antérieure de son orifice, à peine entr'ouvert, étaient deux petites saillies rosées, grosses comme des pois, molles, ne saignant pas au contact.

Les culs-de-sac étaient libres. Le corps de l'utérus, difficilement mobilisable, était gros et dur. On ne sentait pas les annexes.

En face de tous ces signes, on crut plutôt à un fibrome interstitiel, avec métrite glandulaire du col, qu'à un cancer.

Le 16 décembre, M. Demons fit l'hystérectomie vaginale; aussitôt qu'on prit le col avec les pinces de Museux, il s'écrasa entre les dents de la pince qui ramenèrent un tissu qui avait tous les aspects de l'épithélioma.

L'opération achevée, le col était déchiré, déchiqueté, le corps, gros et dur, présentait une muqueuse lisse, sans fongosités.

Notre ami, M. Hobbs, préparateur du laboratoire de M. le professeur Coyne, a bien voulu faire de nombreuses préparations de cette pièce.

Sur l'une, qui vient du col, on peut voir un épithélioma pavimenteux, tubulé, dont les amas cellulaires siègent sous la muqueuse en plein muscle utérin.

Sur la seconde, qui provient du fond de l'utérus, on voit la muqueuse saine, et au-dessus d'elle dans le muscle utérin quelques amas de cellules épithéliales.

Je retiendrai deux points dans cette observation : la difficulté du diagnostic d'abord ; la propagation au corps, à travers le muscle utérin, de ce cancer du col, ensuite. Le diagnostic était ici si peu facile, qu'un maître aussi expérimenté que M. le professeur Demons avait cru à un fibrome.

La difficulté venait de ce que le tissu épithélial était *interstitiel*, engainé dans la muqueuse du col, qui lui formait comme une capsule : on ne le sentait pas directement sous le doigt, et, la capsule étant tendue, il paraissait dur.

Il existait bien deux petites saillies rosées, mais elles n'avaient pas l'aspect malin, et on les prenait pour des adénomes.

Le corps de l'utérus, gros, était dur, ce qui n'était pas non plus en faveur du diagnostic de cancer.

La propagation fréquente du cancer du col au corps de l'utérus est un fait aujourd'hui banal, même dans les cas de cancer du col qui paraissent les plus limités.

Mais ordinairement ces traînées se font par la muqueuse ; ici la muqueuse est saine, macroscopiquement et histologiquement, c'est entre les fibres musculaires que les traînées épithéliales se sont répandues.

Interstitiel dans le col, le cancer est resté interstitiel dans le corps.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA GONORRHÉE

(Congrès de Francfort, septembre 1896. Épilogue à ce Congrès; NEISSER, SÆNGER, BUMM, WERTHEIM) (1).

Par le Dr **R. Labusquière.**

Au Congrès de Francfort, en septembre 1896, les dermatologistes et les gynécologues, dans une séance commune, discutèrent sur la question de la « gonorrhée ». A cette discussion prirent part, entre autres, des hommes dont les travaux sur ce sujet sont bien connus de tous : Neisser, dont le nom reste attaché à celui du micro-organisme facteur de la gonorrhée (1879), Bumm qui a découvert le premier terrain de culture du gonocoque (1885), Sänger qui, durant de lon-

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 42, p. 1073.

gues années, s'est appliqué à rassembler les éléments du diagnostic clinique de la gonorrhée, et, en particulier, des différentes formes de ce qu'il a appelé la gonorrhée résiduale.

*
* *

Neisser qui a ouvert le débat, a naturellement insisté sur l'importance considérable de la recherche du gonocoque au triple point de vue : a) *du diagnostic ;* b) *du traitement*, et, point tout à fait capital, c) de la *persistance ou non de la virulence*, c'est-à-dire de l'aptitude du sujet à en infecter d'autres.

a) Sous le rapport du diagnostic, la recherche du gonocoque n'est pas cependant toujours aussi importante. Neisser accorde qu'elle n'est pas indispensable, en particulier dans les localisations de l'affection sur les annexes. « Si, particulièrement, dans le complexus symptomatique de la gonorrhée ascendante et résiduale, dit-il, la démonstration du gonocoque représente un élément toujours désirable du diagnostic, elle n'en est pas une condition nécessaire et d'autant moins que l'anamnèse et le concours de nombreux symptômes attribuables à l'infection gonorrhéique militent en faveur du diagnostic.

Et, ajoute-t-il, dans ces formes de la gonorrhée, la démonstration du gonocoque est d'autant moins nécessaire que l'action thérapeutique (chirurgicale, souvent) est déterminée plus par les processus pathologiques que par la notion étiologique, bien qu'il ne soit pas indifférent (selon Schauta) pour le chirurgien, quant à la conduite à suivre, que les suppurations à combattre soient sous la dépendance du gonocoque ou de micro-organismes différents. »

Mais il tient pour indispensable cette démonstration de la présence du gonocoque toutes les fois qu'il s'agit de la gonorrhée des muqueuses externes et de l'appréciation des sécrétions qui s'écoulent au dehors : il peut exister des phénomènes cliniques marqués, déterminés par des causes autres

que la gonorrhée et en partie subsistant en tant que reliquats, séquelle du processus gonorrhéique longtemps après la disparition des gonocoques.

Par contre, des phénomènes cliniques peuvent absolument faire défaut malgré la présence de gonocoques ; aussi, *seule, la recherche des gonocoques permet-elle de faire le diagnostic et par là d'établir l'importance d'un cas comme source possible d'infection.* Il faut, chez toute personne soupçonnée de gonorrhée, examiner : 1° l'urèthre, 2° les dépressions et plis autour du méat urinaire, 3° le canal cervical, 4° le conduit excréteur et les sécrétions des glandes de Bartholin ; 5° apporter aussi beaucoup plus de soins qu'on ne l'a fait jusqu'ici à l'examen du rectum.

Mais, si *une recherche positive* du gonocoque a une *valeur diagnostique absolue,* il ne faut pas d'une recherche restée négative conclure, sans enquête plus complète, à l'absence de gonocoques, parce qu'on sait qu'ils peuvent rester cachés partie dans les couches épithéliales profondes, partie dans les dépressions et replis des muqueuses. Aussi, dans ces cas, faut-il, 1° renouveler fréquemment les recherches, 2° recourir à des agents (chimiques ou mécaniques) capables de provoquer une réaction révélatrice.

b) La *recherche du gonocoque* est d'autre part le *seul moyen de contrôle* du traitement, puisque les gonocoques peuvent encore subsister malgré l'absence de tous phénomènes cliniques réactionnels. Or, à défaut de cette recherche, on risque de laisser se soustraire au traitement des cas non guéris qui, en réalité, sont : 1° la majeure part des sources chroniques de l'infection, 2° l'origine des formes ascendantes (et métastases) de la gonorrhée féminine.

Le *principe* du traitement ne consiste donc pas à viser seulement les malaises subjectifs et les phénomènes inflammatoires chroniques de l'affection, mais à *détruire les gonocoques.*

Neisser insiste ensuite sur l'importance qu'il y aurait pour la lutte contre la gonorrhée à donner aux médecins des con-

naissances spéciales plus étendues grâce à la création de cliniques spéciales dans chaque université, et aussi à une surveillance mieux entendue et plus complète de la part des pouvoirs publics.

*
* *

La communication de SÆNGER, essentiellement clinique, a pour base cette notion, *qu'en beaucoup de cas, la gonorrhée n'est pas guérie alors qu'il n'existe plus de gonocoques dans les sécrétions ou dans les tissus.*

Les gonocoques disparus, des processus phlegmasiques divers peuvent exister en tant que : a) processus *phlegmasiques* chroniques, aboutissant à la formation de tissu cicatriciel, *b*) *affections en apparence récidivantes*, sous forme de poussées aiguës d'une phlegmasie chronique, préexistante, *c*) *affections persistantes* constamment reconnaissables au niveau des altérations anatomiques produites, en partie de nature spécifique. Ce sont ces diverses conditions pour lesquelles il n'existe pas de démarcation nette que Sänger range sous la dénomination de « GONORRHÉE RÉSIDUALE ». Et, durant des années, il s'est appliqué à reconnaître ces différents états, à en consigner les caractères cliniques et anatomiques, somme toute, à bien préciser ce qu'il dénomme les « *signes résiduaux* » de l'infection gonorrhéique, que la gonorrhée résiduale intéresse la vulve, l'urèthre, le vagin, l'utérus, les annexes de l'utérus, le tissu conjonctif pelvien, et le rectum, que dans ces derniers temps Baer a démontré être souvent le siège de l'inflammation gonorrhéique, laquelle pourrait bien être l'origine d'un certain nombre de *rétrécissements de cet organe*, à étiologie obscure.

La seconde partie de son intéressante communication consiste précisément dans la description, un peu schématique, des formes multiples de la gonorrhée résiduale et dans l'énumération de ces signes résiduaux. Nous n'insisterons pas davantage sur la seconde partie, en quelque sorte descriptive, de la communication de Sänger, d'autant plus

que nous avons jadis publié ici même un important mémoire du même auteur « *de la blennorrhagie chez la femme* » (1), dans lequel Sänger a traité avec beaucoup de soins la partie clinique du sujet. Toutefois, pour bien montrer que malgré tous les efforts qu'il a mis à bien tracer le domaine purement clinique pour ainsi dire de la gonorrhée, c'est-à-dire à bien fixer les *états pathologiques qui survivent aux gonocoques et sont susceptibles de progresser même après la disparition de ceux-ci,* Sänger est bien loin de dénier une réelle importance au gonocoque; il nous suffira de relever dans son précédent mémoire, la phrase suivante : « En ce qui concerne le traitement des diverses formes de l'infection gonorrhéique, je tiens pour très précises les indications suivantes : *tuer les gonocoques,* tâcher de faire cesser les troubles qu'ils ont provoqués, enfin ramener les choses à l'état normal » (2).

Sänger fit suivre la description des diverses formes de la gonorrhée résiduale des considérations suivantes : « Bon nombre de ces formes, de ces signes de la gonorrhée résiduale seront — je m'y attends bien — accueillis avec scepticisme par ceux qui — soit qu'il s'agisse du diagnostic de la gonorrhée ou de n'importe quelle recherche sur la gonorrhée — mettent tout dans la démonstration positive du gonocoque, parce que précisément les états pathologiques dont je m'occupe impliquent la disparition du gonocoque et que leur étude est basée sur l'observation clinique.

Je veux toutefois faire à ceux qui pensent ainsi cette concession que plusieurs des formes morbides décrites plus haut (par exemple la vulvite maculeuse, la vaginite maculeuse et granuleuse, également l'endométrite) peuvent entrer dans le domaine de la gonorrhée chronique. Mais, dans le plus grand nombre des cas, des recherches minu-

---

(1) *Annales de Gynécologie et d'Obst.,* février 1890, p. 130 ; mars, p. 199' avril, p. 276.

(2) *Ibid.,* 281.

tieuses et répétées — et je les ai faites — restent complètement négatives.

Mais ne vouloir faire entrer dans le domaine de la gonorrhée que les conditions pathologiques des organes génitaux où la recherche du gonocoque donne des résultats positifs, c'est sortir de son vrai domaine tout un lot d'états pathologiques dont la connaissance non seulement permet de rétablir rétrospectivement la véritable physionomie de la maladie, mais fournit des notions importantes pour l'institution d'une thérapeutique efficace. »

*
* *

Comme Neisser, Bumm a insisté sur la valeur considérable de la recherche du gonocoque pour le diagnostic des affections gonorrhéiques. Mais si, comme son collègue, il admet qu'on peut diagnostiquer d'après les seuls symptômes cliniques la gonorrhée aiguë chez la femme de même qu'un pyosalpinx d'origine gonorrhéique, comme lui, il pense que, *dans la gonorrhée chronique, l'examen microscopique des sécrétions est indispensable si l'on veut diagnostiquer juste :* « Celui qui dans le diagnostic de la gonorrhée chronique de la femme, ne s'appuie que sur l'anamnèse et les phénomènes cliniques risque, d'après l'importance qu'il accorde à ces éléments d'appréciation, de diagnostiquer la gonorrhée très fréquemment ou très rarement; mais, à *coup sûr, il se trompera souvent dans le sens positif ou inversement.* » Il n'accorde pas, d'autre part, aux « signes résiduaux » décrits par Sänger, du moins à certains, la grande valeur diagnostique qui leur est attribuée par ce dernier. Il ne saurait donc se risquer à diagnostiquer l'existence ou l'absence de la gonorrhée sur la couleur, la forme et le siège d'une macule. « Les taches rouges ou de telle autre couleur ne prouvent rien, il n'y a de démonstratif que la gouttelette de pus qui se laisse exprimer de l'orifice des glandes de Bartholin ou des glandes autour de l'urèthre. »

Sur la nature des papillomes, l'accord n'est pas fait. Sänger les a de nouveau qualifiés de spécifiques ; or, avec Neisser, Bumm les juge non spécifiques pour les avoir rencontrés dans des cas où il n'y avait pas eu de gonocoques.

Bumm ne s'explique pas non plus cette tendance progressive à évoluer qu'auraient, d'après Sänger, certains processus, ayant les gonocoques à leur point de départ, même après la disparition de ceux-ci. Qu'un sac tubaire, suppuré, puisse en crevant donner lieu, par suite de l'irruption du pus, à de nouveaux phénomènes inflammatoires du côté du péritoine, c'est là un fait bien connu ! Mais à quel facteur rapporter le processus actif du processus dans la gonorrhée résiduale, et par quel mécanisme s'accomplit cette progression? autant de points à éclaircir.

L'auteur aborde ensuite un point fondamental de la question, celui des *conséquences graves, des effets éloignés de la gonorrhée* (gonorrhée ascendante chez la femme, métastases), conséquences liées à la faculté plus ou moins grande de propagation du gonocoque. Après avoir rappelé que Noeggerath avait déjà, dans une brochure qui fait date aujourd'hui, mais qui à l'époque de sa publication n'eut pas d'influence notable, mis en relief ces conséquences graves de l'infection gonorrhéique chez la femme, Bumm marque que c'est seulement lorsque le gonocoque a été découvert, et qu'on a pu établir formellement le fait de l'extension de la gonorrhée jusque dans les organes internes, que les gynécologistes se préoccupèrent de la gonorrhée en tant que facteur étiologique. Et, ajoute-t-il, il est advenu ce qui advient habituellement quand après avoir négligé longtemps une chose, on veut se rattraper tout d'un coup : *on a rendu l'infection gonorrhéique responsable de tout et, à ce qu'il me semble, on est actuellement enclin à exagérer son importance*. Contrairement à cette tendance actuelle, je tiens à mettre en relief ce premier point : chez la femme comme chez l'homme, DANS L'IMMENSE MAJORITÉ DES CAS, LA GONORRHÉE EST ET RESTE UNE AFFECTION DE LA MUQUEUSE.

Examinant plusieurs observations publiées dans ces dernières années, dans lesquelles la présence insolite du gonocoque hors de son habitat habituel avait pu suggérer cette idée de la faculté du micro-organisme à dépasser les limites des muqueuses, Bumm, les critiquant, conclut que cette extension gonococcique n'est qu'illusoire, la conclusion d'une interprétation incorrecte des pièces pathologiques, ou que, lorsqu'elle a réellement existé, elle a été la conséquence de circonstances purement accidentelles, telles que : altérations de la cornée dues au contact prolongé avec le pus par suite de traitement insuffisant ;. rupture d'une salpingite suppurée, favorisant le passage des gonocoques au delà de la muqueuse, etc. (Cas de Dinkler, Wertheim, Jadassohn, Madlener.)

Bumm rappelle que, déjà, il y a plusieurs années, il a publié qu'on peut injecter des gonocoques dans le tissu conjonctif sans y provoquer d'irritation, et que si Wertheim a, jadis, parlé de rougeur et de réaction vives, Schæffer et Steinschneider ont répété l'expérience avec de fortes doses et n'ont observé aucune réaction, d'où, aujourd'hui, de nouveau l'affirmation : *le gonocoque est simplement un parasite des muqueuses; — abstraction faite de circonstances particulières, d'ailleurs très rares, — il ne dépasse pas les limites de la muqueuse, et, particulièrement dans les phlegmasies chroniques, il s'y cantonne tout à fait à la surface, y entretenant des états inflammatoires et des sécrétions chroniques* (1).

(1) Les consultants habituels des cliniques vénériennes (stade plutôt aigu de l'affection) fournissant des chiffres trop favorables, les consultants des cliniques gynécologiques (cas chroniques, avec complications de la gonorrhée ascendante) des chiffres trop pessimistes, l'auteur s'est efforcé d'établir la *fréquence de l'infection de la trompe et de l'utérus* d'après ses observations personnelles, soit : 74 cas, sur lesquels 69 = 93 p. 100 blennorrhagie de l'urèthre, 53 = 70 p. 100 blennorrhagie du col ; 16 = 23 p. 100 gonorrhée du col, et 7 = 10 p. 100 gonorrhée de la trompe. Statistique trop limitée pour autoriser à des conclusions définitives, d'autant plus que nombre

Proposition à laquelle, au cours de la discussion, Neisser se rangea, en l'accentuant de la façon suivante : « Je me réjouis particulièrement de cette déclaration de Bumm que la gonorrhée est surtout une *affection épithéliale*, que le *siège habituel du gonocoque est dans l'épithélium*. Quel que soit le cas que nous faisons des recherches de Wertheim sur la possibilité pour le gonocoque de pénétrer le tissu connectif, de s'y propager — et c'est par elles que nous avons compris la pathogénie des métastases — on ne doit pas, sans enquête nouvelle, admettre cette faculté d'extension pour tous les cas de gonorrhée. Je me suis toujours appliqué à empêcher qu'on n'attribuât trop facilement au gonocoque, du fait qu'il peut se propager dans les tissus déjà fortement endommagés, le pouvoir d'envahir aussi le tissu connectif sain. »

* * *

C'est sur cette proposition doctrinale qu'est venue se greffer un épilogue au Congrès de Francfort. Polémique assez vive entre Bumm et Wertheim, lequel, comme on le sait, a également marqué sa place dans l'étude de la gonorrhée, et en particulier, a apporté de grands perfectionnements aux procédés de culture du gonocoque.

---

de femmes n'étant pas encore complètement guéries sont exposées à faire des complications de leur gonorrhée. Toutefois, elle suffit à montrer qu'avec un *traitement convenable et des conditions hygiéniques convenables, le pronostic n'est pas trop défavorable.* Bumm accorde une influence thérapeutique puissante à une diététique bien réglée ; d'autre part, contrairement à sa pratique première, il prend le bistouri beaucoup moins facilement, et sa conviction se fortifie de plus en plus, *qu'avec la patience nécessaire, du repos pendant des semaines et un traitement résolutif le plus grand nombre des affections tubaires guérissent.* Que si les femmes restent stériles, elles jouissent d'un état de bien-être parfaitement supportable. Qu'enfin dans les cas, où sous l'influence de poussées successives, la paroi tubaire est particulièrement compromise, et où, en raison des accidents possibles de rupture, l'intervention est parfaitement justifiée, ce n'est pas à la salpingotomie qui laisse un utérus gros, infecté, mais à l'extirpation vaginale de l'utérus combinée avec l'énucléation du sac tubaire qu'il faut avoir recours.

Wertheim (1) indique d'abord l'écart considérable qui existe entre les propositions de Bumm et de Neisser sur l'habitat du gonocoque. Pour le premier, le gonocoque est exclusivement un a) *parasite de la muqueuse*, et la gonorrhée une affection de la muqueuse ; pour le second, le gonocoque vit exclusivement sur ou dans l'épithélium, la gonorrhée est une b) *affection de l'épithélium*.

Prenant d'abord à partie Neisser, l'auteur soulève contre sa manière de voir les objections suivantes : 1° maintes fois, déjà, on a démontré que le gonocoque pénètre dans le tissu connectif sous-épithélial ; il semble même, d'après les constatations faites, que ce soit le fait habituel dans toute gonorrhée. Bumm l'a démontré pour la conjonctive des nouveau-nés, Wertheim pour la gonorrhée de l'utérus, des trompes et de la vessie, Finger pour l'urèthre mâle, Frisch pour la gonorrhée rectale. D'autre part, les recherches entreprises à la clinique de Schauta fourniront bientôt la même démonstration pour la gonorrhée du vagin ; 2° on ne s'expliquerait pas, si la gonorrhée restait une affection épithéliale, l'impuissance si souvent constatée, surtout dans les gonorrhées chroniques, du traitement alors qu'on possède nombre d'agents capables de détruire l'épiderme assez profondément pour atteindre sûrement les gonocoques à ce niveau.

Prenant ensuite à partie la communication de Bumm, Wertheim y fait la réponse suivante : « Nos connaissances sur la biologie du gonocoque de Neisser et sur les processus gonorrhéiques se sont profondément modifiées durant les dernières années. Et nombre de propositions dogmatiques émises jadis par Bumm en ont été ruinées. Bumm avait pensé que les procédés de culture sur plaques était inapplicables à la culture pure du gonocoque ; or, nous savons aujourd'hui qu'on peut, de cette manière, cultiver aussi sûrement, aussi rapidement le gonocoque que les cocci habituels de la suppuration (2). Également, nous savons aujourd'hui que le gono-

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 48, p. 1219.

(2) Nous rappellerons ici que Wertheim a facilité la culture du gonocoque,

coque se développe, se multiplie non seulement à la surface, mais dans la profondeur de milieux de cultures convenables; que tout germe gonococcique inoculé en semblable milieu s'y développe en colonie; que la vie des cultures artificielles, loin d'être éteinte au bout de quelques jours, peut être maintenue durant des semaines; que la virulence des gonocoques obtenus par ces cultures artificielles n'est pas particulièrement éphémère. Nous savons que l'immunité accordée par Bumm à l'épithélium plat n'existe pas et que les conclusions qui en ont été tirées sont erronées. On ne peut plus nier, à l'heure actuelle, la possibilité de l'infection gonorrhéique du vagin chez l'adulte, et il ne s'agit pas d'un fait rare mais d'un état tout à fait ordinaire, ainsi qu'il ressortira des recherches conduites à la clinique de Schauta et auxquelles il a déjà été fait allusion. L'existence de cystites gonorrhéiques parfaitement authentiques est aujourd'hui formellement établie, tandis que Bumm pensait que l'épithélium stratifié de la vessie était aussi impénétrable au gonocoque que l'épithélium pavimenteux du vagin. Nous savons aujourd'hui que les gonocoques traversent l'endothélium du péritoine et que, envahissant le tissu connectif sous-endothélial, ils peuvent y provoquer une infiltration inflammatoire, contrairement à l'opinion professée par Bumm que les gonocoques ne trouveraient pas dans le péritoine les conditions nécessaires à leur multiplication. Nous savons aujourd'hui que les

---

en montrant d'une part l'importance de conserver au sérum ses propriétés naturelles non chauffé, d'autre part l'importance de l'addition de peptones. Ce qui fait qu'aujourd'hui on cultive facilement le gonocoque, c'est qu'au lieu de se servir de sérum coagulé, on se sert de sérum incorporé à de la gélose peptonée ou au bouillon peptoné.

Wertheim fondait la gélose, laissait refroidir à 40°, additionnait de sérum humain également à 40°, versait le pus à ensemencer dedans et faisait des cultures sur plaques. Aujourd'hui, en France, nous avons l'habitude de faire des cultures en surface, nous contentant d'inoculer en traînée des tubes de gélose peptonée inclinée, mélangée à 40° d'un peu de liquide d'ascite ou d'hydrocèle recueilli aseptiquement. C'est en procédant ainsi qu'à l'hôpital Bichat, Morax, Reymond et Du Bouchet ont poursuivi leurs études sur les maladies gonococciques de la femme.

altérations anatomiques, constatées si souvent dans la gonorrhée des annexes de l'utérus, indurations, callosités, transformations cicatricielles, infiltration des organes et du tissu cellulaire pelvien, collections suppurées des trompes, des ovaires, ou enkystées entre des adhérences intestinales, etc., constituant des tumeurs solides, dont on a peine en certains cas à différencier l'utérus, sont de nature gonorrhéique. L'opinion soutenue jadis par Bumm qu'il ne fallait pas essayer d'expliquer ces altérations multiples par l'activité du gonocoque, se trouve aujourd'hui réfutée, et non pas seulement par quelques observations, mais par une méthode de démonstration rationnelle, et basée sur une série de recherches systématiquement conduites. Nous savons aujourd'hui qu'une métrite gonorrhéique existe, bien qu'on n'ait pas réussi à déceler les gonocoques dans les foyers inflammatoires situés entre les éléments musculo-connectifs, tandis que Bumm avait révoqué en doute sa possibilité. Nous savons que les gonocoques peuvent, au niveau du siège primitif de l'affection, pénétrer dans les capillaires sanguins ; enfin, qu'on observe des arthrites, endocardites, et même myocardites (cas de Weichselbaum) de nature gonorrhéique. »

Ces notions nouvelles, on les doit à la recherche soigneuse du gonocoque. Et si, dans tous les cas d'altérations éloignées, on n'a pas réussi à démontrer directement, à leur niveau, la présence du gonocoque, la démonstration de la nature gonorrhéique des altérations a été faite de façon indirecte. D'ailleurs, de jour en jour, les faits sont plus nombreux où l'on réussit à mettre en évidence le gonocoque, et cela fait espérer qu'on pourra un jour faire régulièrement cette démonstration positive. Du même coup, ces notions ont porté une rude atteinte à la théorie de l'infection mixte adoptée par Bumm pour expliquer des altérations qu'il ne pouvait attribuer au gonocoque et, de fait, à quelques rares exceptions près, il reste acquis que *la gonorrhée, avec toutes ses conséquences, est une affection univoque sous le rapport de l'étiologie.*

C'est aussi par cette même raison que le gonocoque pénètre jusque dans le tissu cellulaire, et que là, suivant les lacunes des tissus, il peut s'y propager sous forme de traînées et d'amas à la manière des germes pyogènes, que j'ai relevé une certaine analogie entre ce micro-organisme et les *cocci* de la suppuration, sans avoir eu l'idée, ainsi que semble le penser Bumm, de le ranger à côté des organismes septiques.

Toutefois, Bumm serait dans le vrai s'il disait que le gonocoque est *surtout* un parasite de la muqueuse. Mais, il se trompe quand il affirme qu'il l'est *exclusivement*, c'est-à-dire qu'il n'atteint pas d'autres tissus. Qu'ont de commun en effet avec la muqueuse, tissu ovarique, péritoine, synoviales articulaires, gaines tendineuses, membranes, exsudats cicatriciels ? L'authenticité de ces altérations ne pouvant être niée, Bumm invoque l'intervention de circonstances favorables à la pénétration plus profonde des gonocoques, savoir des lésions par causes diverses (traumatisme, contact prolongé avec le pus, rupture par distension d'une paroi tubaire, etc.) des tissus habituellement réfractaires à l'invasion gonococcique, circonstances occasionnelles qu'il prétend être « *très rares* ». Or, le siège profond soit des gonocoques, soit des altérations gonococciques, a été maintes fois mis en évidence. Wertheim l'a constaté plusieurs fois, sans avoir jamais remarqué les conditions adjuvantes invoquées par Bumm. Ces circonstances adjuvantes, il les verrait plutôt dans la ténuité, la délicatesse et la laxité de certains tissus, par exemple de la trompe particulièrement vers son extrémité abdominale, du tissu cellulaire sous-endothélial au niveau du péritoine, de la muqueuse vaginale chez les enfants. Sa conclusion est celle-ci : *le gonocoque n'est pas exclusivement un parasite de la muqueuse, car il peut élire domicile dans d'autres tissus, s'y multiplier et y provoquer des phénomènes réactionnels. Et si nous concédons que des circonstances prédisposantes sont nécessaires à cet habitat*

insolite du gonocoque, à notre avis, ces circonstances ne sont pas très rares.

*
* *

A cet examen critique de son œuvre, Bumm (1) répond en premier lieu, que si partie de ce qu'il a enseigné il y a dix ans paraît aujourd'hui insuffisant, incorrect même, c'est que cette œuvre a eu le même sort que bien d'autres travaux bactériologiques, que le progrès s'accomplit à ce prix, et que, dans dix ans, nos connaissances seront vraisemblablement encore plus étendues qu'à l'heure actuelle. Toutefois, il estime qu'une bonne partie de ce qu'il a avancé jadis, doit être maintenu comme exact, et il ne voit rien de bien neuf dans les données avancées par Wertheim. Il note d'ailleurs avec plaisir que son collègue reconnaît que, dans au moins la grande majorité des cas, la gonorrhée est une affection de la muqueuse, et qu'il ne le chicane en réalité que sur cette expression « *très rarement* » dont il s'était servi à propos de la pénétration possible du gonocoque dans les vaisseaux sanguins, des métastases articulaires, cardiaques (endocardite, myocardite même), des collections suppurées dans le tissu conjonctif, expression à laquelle Wertheim préfère celle de « *relativement rare* ». Ces processus pathologiques éloignés du siège primitif de l'affection gonorrhéique, Bumm en avait d'ailleurs reconnu l'éventualité — très rare mais possible, — sans attendre l'article de Wertheim.

En ce qui concerne les soi-disant progrès sur la biologie du gonocoque, Bumm, malgré la supériorité qu'il reconnaît aux procédés de culture imaginés par Wertheim, ne les voit guère. Il est bien vrai que Wertheim nous a appris que le gonocoque pouvait se développer non seulement à la surface des cultures, mais aussi dans la profondeur. Mais, a-t-on retiré quelque avantage marqué de cette notion nouvelle ? Bumm a soutenu autrefois que le gonocoque dégénère rapidement

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 50, p. 1257.

dans un milieu de culture ; quoi qu'en dise Wertheim, le fait est exact. Sans doute, il est possible de cultiver, de tube en tube, le gonocoque et d'obtenir ainsi de nombreuses générations ; lui-même l'avait montré il y a longtemps. Mais, *dans la même culture*, le gonocoque dégénère vite, et cela Kiefer l'a de nouveau constaté. Sous le rapport de la *persistance de la virulence*, Bumm savait aussi qu'elle « *ne se perd pas rapidement* ». Il y a dix ans déjà, il avait vu une culture à la XXe génération provoquer une gonorrhée typique.

Mais, avec une succession encore plus prolongée des cultures, sûrement, la virulence s'affaiblit.

Bumm passe ensuite à la question de *l'activité pathogénique du gonocoque* dans le corps humain. Encore une fois Wertheim fait figurer l'*immunité* qu'il avait conférée (Bumm), dès le principe, à l'*épithélium plat*. Depuis qu'il a parlé de cette immunité, pas un de ceux à qui il arrive d'apercevoir un gonocoque dans une cellule pavimenteuse n'a manqué de crier à l'erreur. Or, depuis longtemps, il sait parfaitement et il l'a écrit, que, grâce à certaines conditions (Vaginitis d. Kinder in Mikroorganismus der gonorrhoischen Erkrankungen, 1885, p. 56), les gonocoques peuvent traverser l'épithélium pavimenteux. Mais, ces *rares* faits ne sauraient le décider à abandonner cette notion de la *résistance* en général de l'*épithélium plat* (*résistance* bien établie de la *cornée*, *intacte*, au gonocoque, contrairement à la conjonctive qui se laisse pénétrer). Même observation pour le *vagin*. Il faut ici, également, des conditions prédisposantes : chez l'enfant, un épithélium lâche, chez l'adulte, un épithélium lésé. Wertheim, se fondant sur une observation personnelle, signale la *vulnérabilité* vis-à-vis du gonocoque *de l'épithélium de la vessie*. Cette donnée exige des faits positifs plus nombreux. Combien, en comparaison de la fréquence de la gonorrhée uréthrale, sont rares les cystites vésicales qui, habituellement, ne surviennent que dans le stade chronique et sont le fait d'infections secondaires par d'autres bactéries !

Pour ce qui est du *péritoine*, Wertheim cite des expé-

riences d'inoculation. Mais ces expériences montrent précisément que la vitalité des gonocoques s'éteint plutôt rapidement. Wertheim, dans une cœliotomie pratiquée sur une femme atteinte de gonorrhée, qui quelques jours avant avait subi une exacerbation de ses douleurs abdominales, trouva une trompe infectée, encore ouverte, dont l'extrémité abdominale déversait un pus crémeux sur le péritoine, qui était enflammé dans le voisinage du petit bassin ; le pus de la trompe et de la surface péritonéale ainsi que les oxsudats blanchâtres contenaient des gonocoques. Sauf deux élévations thermiques (38°,2), la guérison se poursuivit et la femme pouvait être renvoyée le seizième jour après l'opération. Il faut en conclure, qu'après extirpation de la trompe et suppression de l'écoulement du pus dans le péritoine, la multiplication des gonocoques dans la séreuse s'était promptement arrêtée, et, par suite, que le *péritoine humain* n'est aussi qu'un *mauvais terrain de culture* pour le gonocoque.

En ce qui concerne la *faculté de pénétration du gonocoque par rapport au tissu connectif*, Bumm rappelle le travail, auquel il a déjà fait allusion au Congrès, de Jadassohn qui s'était efforcé de réunir tous les cas connus jusqu'alors de pénétration du gonocoque dans le tissu connectif (Dinkler, gonorrhée de l'œil; Pellizari, Christiani, Welander, abcès péri-uréthraux (pseudo-abcès) ; Frisch, gonorrhée du rectum; Crippa, gonocoques dans un œdème du prépuce ; Wertheim, abcès ovarique avec démonstration du gonocoque dans la paroi tubaire et dans le ligament large), et note que cet auteur a pu formuler cette conclusion : « *Ce sont presque toujours des circonstances défavorables qui rendent possible cette pénétration; la gonorrhée, même après les nouvelles recherches, doit être tenue pour une affection surtout superficielle.* Bumm rappelle encore les expériences de Steinschneider et de Schäffer, déjà rapportées (V. p. 401). Quant à la *gonorrhée tubo-ovarique*, dont Bumm a observé et étudié plusieurs cas, la conclusion de ses examens c'est que, dans la gonorrhée tubaire, le gonocoque se cantonne

aussi sur la muqueuse et que les autres altérations péritubaires sont secondaires et le fait de l'irruption du pus par l'orifice de la trompe. En faveur de cette opinion, il invoque encore le travail de Jadassohn et cite cet emprunt fait à un article d'E. Reymond, publié ici même, et extrait de sa remarquable thèse (1) : « Mais il est indispensable, pour se faire une idée de la question, de lire directement la publication de Wertheim. Si l'on s'en tient aux affirmations de ceux qui l'ont suivi, la question est d'une clarté absolue. Wertheim a vu les gonocoques sur toutes les coupes, dans toute l'épaisseur de la trompe; les leucocytes en étaient remplis. En réalité, Wertheim s'explique avec plus de réserve; il dit cependant avoir vu des gonocoques dans la profondeur de la couche musculaire, mais il n'affirme pas que ce soit la règle.

Malgré la considération qui doit s'attacher au nom de cet auteur, on est un peu étonné, en lisant son ouvrage, de voir quelle méthode de coloration a pu lui donner d'aussi beaux résultats. Voilà trois ans que ceux-ci sont publiés et n'ont été, à notre connaissance, confirmés par personne. Nous avons, pour notre part, suivi la méthode de coloration qu'il indique, sans pouvoir aboutir au même résultat. En revanche, la méthode de Nicolle était un moyen mis à la portée de chacun de contrôler les recherches de Wertheim ; nous venons de voir qu'ils nous montrent une topographie des gonocoques tout à fait différente, et qui paraît bien correspondre avec les travaux de Bumm sur ce sujet. »

En ce qui concerne *l'infection mixte,* il ne s'agit pas là, fait remarquer Bumm, d'une simple théorie. Et s'il en a parlé, c'est simplement parce que dans des processus gonorrhéiques, compliqués de suppuration des tissus, il a trouvé les *cocci* pyogènes. En résumé, *si vieille, si désemparée qu'elle pourrait paraître d'après les récentes déclarations de Wertheim, l'étude ancienne du gonocoque n'est pour-*

(1) Reymond. *Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites.* Th. Paris, 1895. Steinheil, éd.

tant pas morte. La majeure partie de ce qu'elle renferme subsiste en face des opinions actuelles explicitées, tandis qu'au contraire les découvertes récentes ont moins de réelle importance qu'elles n'ont besoin d'un complément de confirmation.

*
* *

Cet article de Bumm en a suscité un autre de Wertheim (1) dans lequel celui-ci s'attache d'abord à corriger certaines interprétations, plus ou moins inexactes, que son collègue a faites de plusieurs de ses propositions. Il complète également le relevé des observations qui militent en faveur d'une pénétration plus profonde du gonocoque (cas recueillis à l'institut de Weichselbaum, abcès périchondritique, myocardite gonorrhéique ; d'Horvitz, abcès gonorrhéique à la face dorsale du métacarpe ; de Salhis, abcès dans le voisinage de l'articulation du genou ; de Wertheim, gonorrhée de la vessie ; de Menge, abcès de l'utérus ; de Pichevin et Petit, adénite cervicale suppurée à gonocoque). Nous n'insisterons pas davantage sur ce nouvel article, plutôt de polémique, croyant avoir par cette revue, trop longue déjà, indiqué suffisamment les opinions défendues au Congrès de Francfort, et montré les divergences doctrinales entre deux hommes dont les travaux ont notoirement fait progresser l'étude de la gonorrhée, étude qui a une véritable importance sociale, dont beaucoup de points sont encore à éclaircir et qui laisse un large champ d'investigation aux laborieux.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 8 *avril* 1897.

M. Richelot, à propos de la discussion de la dernière séance

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 2, p. 33.

sur les difficultés de différencier certaines appendicites des annexites et réciproquement, rapporte six observations dans lesquelles l'erreur de diagnostic était bien difficile à éviter. Actuellement, connaissant mieux la symptomatologie de l'appendicite, il se tromperait moins facilement, mais il croit qu'il est bon d'avoir présentes à l'esprit les difficultés de diagnostic différentiel lorsqu'il y a tuméfaction et douleur à droite.

M. Doléris. — L'appendicite est une affection du flanc, la salpingite une affection pelvienne. L'erreur est exceptionnelle, puisque M. Richelot, dans sa longue pratique, ne l'a commise que six fois.

M. Grimodue. **Hydrorrhée déciduale chez une femme atteinte d'insuffisance et de rétrécissement de l'orifice mitral.** — Chez cette femme asystolique au cours de la grossesse qui se termina par un avortement à six mois, il se produisit, un mois avant l'expulsion du fœtus, et à plusieurs reprises, un écoulement d'une certaine quantité de liquide un peu teinté, empesant légèrement le linge, et survenant brusquement, sans cause appréciable. L'auteur attribue cette hydrorrhée à une localisation éventuelle de l'hydropisie d'origine cardiaque.

Discussion.—MM. Bar et Porak ne croient pas que l'hydrorrhée déciduale soit une manifestation de l'hydropisie, mais bien le résultat d'une lésion réelle de la caduque. Une discussion s'engage entre les deux derniers orateurs sur l'origine du liquide amniotique. M. Bar affirme que l'hydramnios est toujours d'origine fœtale et ne peut, par conséquent, pas entrer dans les hydropisies d'origine asystotique maternelle. M. Porak pense que le liquide amniotique est en partie d'origine maternelle. Il avoue, d'ailleurs, que l'hydramnios n'a pas été ordinairement observée dans l'asystolie.

MM. Doléris et Lenoble. **Fistule recto-vaginale par rupture du sinus rétro-périnéal.** — Il s'agit d'une femme de 22 ans, présentant des signes de chloro-tuberculose, qui, au cours d'un accouchement terminé par le forceps, fit une fistule recto-vaginale guérie chirurgicalement.

Il s'agissait là d'une fistule due à la compression de la tête fœtale en arrière de la vulve contractée spasmodiquement et représentant la première trace d'une rupture très spéciale, différant

des ruptures centrales du périnée par le fait que celui-ci est resté intact.

Discussion. — M. BAR pense que chez cette femme le vaginisme devait s'accompagner d'une inflammation de la tunique vaginale. La perforation serait due à l'adhérence de la paroi rectale à la paroi vaginale. M. DOLÉRIS, en faisant la colporrhaphie, a pu s'assurer qu'il n'y avait pas d'inflammation de la paroi vaginale. Il faut se contenter de l'interprétation qu'il a donnée : Occlusion très énergique et contracture de l'orifice vulvaire.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Session tenue du 22 *au* 24 *avril* 1897.

KIEFFER (Bruxelles). **Des tumeurs fibreuses pendant la grossesse et l'accouchement.** — Après avoir très soigneusement envisagé les différentes éventualités auxquelles peut donner lieu la complication de la grossesse par des fibrones de l'utérus (risques d'avortement, d'hémorrhagies, d'accouchement prématuré, de positions vicieuses de l'enfant, de placenta prævia, de dystocie par accroissement excessif des tumeurs soit du côté du vagin, du segment inférieur, de la paroi antérieure ou postérieure de l'utérus; de dégénérescences diverses, cartilagineuse, amyloïde, calcaire, sarcomateuse; de suppuration, de nécrose; de compressions graves sur les organes pelviens ou abdominaux, etc.) et mis en parallèle les chances possibles, démontrées par la clinique, d'une bonne évolution de la grossesse et même de l'accouchement, le rapporteur estime *qu'à moins de circonstances spéciales et qui d'avance font pronostiquer l'impossibilité de la gestation ou de l'accouchement, l'expectation armée est la règle de conduite à conseiller.* L'expectation est d'autant plus justifiée qu'on possède à l'heure actuelle des moyens puissants contre la plupart des accidents qui peuvent résulter de la présence des fibromes (curettage, injections hypodermiques et intra-veineuses de sérum artificiel, forceps bien appropriés, etc.).

Pendant la grossesse, on opposera à la tendance habituelle,

dans les cas de fibromes, aux suintements sanguins, aux hémorrhagies, une diététique convenable, le repos, et les préparations d'hydrostitine qui jouissent d'une action vaso-constrictive réelle sur les vaisseaux de l'utérus sans exciter la contractilité de l'organe. Quand l'œuf est définitivement compromis; recourir au curettage. Le curettage est également l'opération de choix, quand, après avortement, il y a rétention placentaire dans l'utérus fibromateux. Presque toujours en pareil cas, il y a endométrite concomitante et danger plus grand d'accidents putrides ou septiques, toutes conditions contre lesquelles la curette est toute-puissante. La question de l'accouchement prématuré peut également se poser. Mêmes indications que dans les bassions rétrécis, avec, il est vrai, des éléments d'appréciation moins précis. On sera conduit, le cas échéant, à associer à la provocation de l'accouchement l'usage du forceps, la symphyséotomie, l'embryotomie même au cas de fœtus mort. En certains cas, il sera indiqué de procéder à l'ablation de la tumeur fibreuse, particulièrement si elle est sous-péritonéale, pédiculée et suffisamment accessible pour ne pas compromettre la puissance contractile de l'utérus, et qu'elle paraisse devoir constituer le seul obstacle à l'accouchement. Pour terminer l'accouchement, on se basera sur l'examen attentif, des conditions particulières à chaque cas, par exemple, on optera pour le forceps ou la version d'après le degré de dilatation, de dilatibilité du col. Si du fait du siège spécial du ou des fibromes dans les régions inférieures de la matrice, les dimensions des diamètres pelviens se trouvent notablement réduites, sans l'être assez néanmoins pour justifier la césarienne, on pourra agir sur le bassin par la pelvitomie (pubienne ou ischio-pubienne). D'autre part, l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes pratiquée sous forme d'amputation utéro-ovarienne ou suivant des procédés plus radicaux, par la voie abdomino-vaginale ou inversement sera indiquée : 1° Lorsque les tumeurs fibreuses sont déjà justiciables de cette extirpation indépendamment de toute complication de grossesse ; 2° lorsque la grossesse s'étant produite et arrêtée, les tumeurs occupent une situation qui rend tout accouchement impossible ; 3° lorsqu'il y a de sérieuses présomptions de dégénérescence des tumeurs fibreuses ou de suppuration et d'infection consécutives à une rétention placentaire ; 4° enfin après l'opération césarienne légitimée par des tumeurs fibreuses.

Discussion. — GUÉNIOT, BUDIN, FOCHIER sont en principe, comme le rapporteur, tout à fait partisans de l'expectation. GRYNFELTT (Montpellier) ne croit pas que la pelvitomie soit indiquée contre les obstacles qui résultent de la présence des fibromes dans le segment inférieur de l'utérus. — MAYGRIER exprime un avis contraire, tout en reconnaissant qu'ayant dans un cas de cette nature fait la symphyséotomie, il dut pratiquer pour terminer la basiotripsie. Enfin, d'après CHARPENTIER, la symphyséotomie pourrait au moins faciliter le diagnostic de certains fibromes cachés dans l'excavation.

CHARPENTIER. **De l'avortement habituel.** — Faisant abstraction de l'avortement habituel sous la dépendance d'une circonstance étiologique classique (syphilis, saturnisme, etc.), l'auteur s'occupe de faits moins étudiés, où l'on voit l'avortement se produire, régulièrement, chez des femmes dont les antécédents ne révèlent rien d'important comme facteur pathogénique. Pourtant, par l'examen attentif de ces faits, on arrive à les grouper d'après des conditions étiologiques, plausibles, en quatre catégories : 1° *Malformations utérines*, c'est, le plus souvent, un utérus qui a conservé des caractères infantiles, corps plus petit, col plus développé, peu d'aptitude au ramollissement, à l'extensibilité; contraction fréquente, avortement habituel de deux mois et demi à trois mois et demi, cas très rares ; 2° *Déviations utérines*, surtout les flexions : au niveau de la flexion, de la coudure se produit un éperon, une hypertrophie de ce tissu qui gêne le développement de la grossesse, avortement de trois mois et demi ; le redressement de l'utérus suffit quelquefois à permettre l'évolution régulière de la grossesse ; 3° *Congestion du col et du corps de l'utérus*, liées à des idiosyncrasies ; la saignée générale ou locale peut prévenir l'avortement ; 4° *Lésions du col et lésions du corps.* L'endométrite est souvent cause d'avortement; on a vu la grossesse se produire et bien évoluer à la suite d'un curettage qui avait supprimé l'endométrite; en certains cas, le traitement de certaines lésions du col, au cours de la gestation, loin de provoquer l'avortement, réussira plutôt à l'empêcher.

Discussion. — LEFOUR (Bordeaux). Pour atténuer l'intolérance idiosyncrasique de l'utérus, et l'habituer à la présence de l'œuf, Lefour le traite, bien entendu durant l'état de vacuité, par le maintien à demeure de tiges intra-utérines.

DUBRISAY (Paris). **Mensuration de la tête fœtale à travers la paroi abdominale.** — La tête restant au-dessus du détroit supérieur, il est utile de connaître ses dimensions. Or, à l'aide du céphalomètre de Budin, en appliquant un bouton de l'instrument sur le point le plus saillant du front, l'autre sur la partie la plus saillante de l'occiput, on obtient, après déduction de l'épaisseur des parties molles, la longueur du diamètre O. F. Le B. P est inférieur de 25 millim. 16 fois l'auteur a établi de cette manière la longueur des deux diamètres, et le contrôle fait vingt-quatre heures après la naissance a montré que 14 fois la mensuration première était juste. M. Perret qui a fait de cette question l'objet de sa thèse, avait constaté que 84 fois sur 84 ces mensurations s'étaient trouvées exactes.

Discussion. — FOCHIER fait remarquer que la tête ne s'engageant presque jamais, même dans les bassins plats, suivant le diamètre bipariétal, la connaissance de ce diamètre n'est pas extrêmement utile, d'autant moins que la malléabilité de la tête fœtale représente un élément important dans la parturition. Aussi faut-il se garder de tirer des conclusions trop larges de mensurations approximatives, lesquelles, d'après GRYNFELT, doivent en certains cas, du fait de la présence du liquide amniotique dans le segment inférieur, et de la contractibilité réflexe des parois abdominales utérines, être fort difficiles à obtenir; appréciation que ne justifie pas d'ailleurs l'expérience personnelle de M. PERRET. Ce dernier ajoute que le chiffre de 25 millim. à déduire de l'O. F. pour avoir le B. P. est constant à partir du sixième mois de la grossesse.

STAPFER. **Massage pour l'appréciation des signes de la grossesse.** — Le massage a permis à l'auteur de faire certaines observations intéressantes qui signalent le début de la grossesse : vers la fin du premier mois, la circulation dans la sphère pelvienne est plus active, le ventre est plus souple, la femme se sent plus légère, « *à ventre plat, enfant il y a* ». L'augmentation de l'utérus, dans les premiers mois, n'est pas précisément graduelle ; le massage, permet de constater des modifications de consistance, de volume, parfois brusques, qui tiennent à la production ou à la résorption d'infiltrations séreuses de la paroi utérine. Le relâchement, l'assouplissement de l'utérus varient beaucoup avec les sujets ; cet assouplissement est surtout remarquable au niveau du cul-de-sac antérieur.

CROUZAT. **Mort rapide après l'accouchement par suite d'une méningite infectieuse à pneumocoques.** — Femme multipare qui, pendant sa grossesse, n'a présenté aucun symptôme pathologique. Accouchement, comme les antérieurs, parfaitement normal. Le surlendemain, sans que rien ait pu faire prévoir une complication quelconque, céphalalgie, vomissements, quelques mouvements convulsifs et coma. Pupilles inégales, sensibilité diminuée aux membres inférieurs du côté gauche, contracture notable des membres supérieurs ; raideur de la nuque, tête légèrement renversée en arrière. *Mort* 48 heures environ après l'accouchement. A l'*autopsie*, méningite avec des traînées de pus le long de *tous* les vaisseaux qui rampent à côté des circonvolutions cérébrales au-dessous de la pie-mère. Dans ce pus, recueilli avec une pipette stérilisée, l'examen microscopique démontra la présence de *diplocoques lancéolés*, entourés d'une capsule (*pneumocoque* de Talamon-Frænkel). Son ensemencement dans des tubes de bouillon et de gélose donna des cultures pures de ce même micro-organisme, dont l'inoculation sous-cutanée chez une souris et un lapin amena en 48 heures la mort de ces animaux par septicémie. Des ensemencements faits avec les organes de ces animaux fournirent également des cultures pures de pneumocoques.

L'étiologie de ce cas reste obscure. Dans les antécédents pathologiques, à noter seulement une pleurésie, dix années auparavant.

Discussion. — KIEFFER note l'action aggravante, révélatrice que peuvent avoir grossesse et accouchement sur des phlegmasies actuelles ou anciennes. — DEMELIN rappelle le fait, observé à la clinique de la rue d'Assas (professeur Tarnier), d'une femme qui mourut subitement, 12 heures après être accouchée, et chez laquelle l'autopsie, seule, permit de reconnaître l'existence d'une pleurésie diaphragmatique, de nature tuberculeuse. — GUÉNIOT, en raison de l'ancienneté de la pleurésie et des accouchements ultérieurs qui évoluèrent normalement, ne croit pas qu'on soit autorisé, dans l'observation de M. Crouzat, à relier la pleurésie antérieure aux accidents qui tuèrent la femme.

CROUZAT. **Sur un cas de grossesse extra-utérine avec enfant vivant.** — Vers le septième mois d'une *grossesse extra-utérine*

des accidents ayant un caractère d'urgence étant survenus, on fit la cœliotomie. Le kyste fœtal incisé, on trouva un enfant, encore vivant, mais dont le crâne et le cordon avaient contracté des adhérences avec la paroi kystique. La destruction des adhérences se compliqua de rupture du cordon et par suite d'hémorrhagie considérable. L'enfant, atteint d'ailleurs de malformations multiples, mourut le jour même. Quant à la mère, elle mourut aussi un mois plus tard, des suites de la putréfaction du placenta dont les adhérences solides au péritoine pelvien, aussi bien pariétal que viscéral, avaient empêché l'ablation.

DEMELIN relate un cas de **présentation du siège décomplété, mode des fesses**, dans lequel il vint à bout facilement des difficultés, grâce à la méthode enseignée par le professeur Tarnier : un lacs est placé dans l'aine antérieure, sur lequel on tirera en arrière et à gauche, tandis qu'on agit avec le forceps, dont les cuillers prenant appui sur les cuisses fœtales, maintiennent ces cuisses redressées.

BRINDEAU (Paris). **Hydramnios due à un sarcome du rein.** — En raison d'une hydramnios abondante, la ponction des membranes devient nécessaire vers le cinquième mois de la grossesse : écoulement consécutif de 7 à 8 litres de liquide amniotique et accouchement prématuré. Placenta, 600 grammes ; enfant, 1,100 grammes, avec gros ventre, grosse rate, et ascite. L'autopsie démontra que ces accidents étaient la conséquence de la dégénérescence sarcomateuse d'un des reins. La veine ombilicale était dilatée et laissait transsuder facilement le liquide qu'on injectait.

BUÉ se basant sur deux faits, croit pouvoir établir une corrélation entre certains vomissements incoercibles et la môle hydatiforme, opinion en faveur de laquelle semble militer aussi un fait de vomissements opiniâtres et de dégénérescence molaire rapporté par BUDIN.

SCHWAB. **De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de l'avortement incomplet.** — Reprenant une pratique inaugurée par le Dr Cordes (de Genève), pratique dont les résultats ont été publiés dans cette Revue par notre collaborateur, Schwab a administré la quinine à la dose de 1 gramme, en deux cachets, à dix minutes d'intervalle, dans 7 cas de rétention placentaire

abortive. Les *résultats* seraient *encourageants*. En général, l'expulsion placentaire a été obtenue en 4 heures et demie, par réveil des contractions utérines, et plusieurs fois alors que déjà elles étaient absentes depuis plusieurs heures. Donc, action positive. Jamais d'effets fâcheux. Pas d'apparences d'action tétanique. Au pire, échec du traitement, auquel cas, on peut passer à une autre thérapeutique, expectation antiseptique ou intervention active.

MAYGRIER (Paris). **Services d'isolement pour l'hospitalisation des femmes en couches infectées.** — Pour bien mettre en évidence la nécessité de services d'isolement pour les femmes en couches infectées, l'accoucheur de Laborisière produit les chiffres suivants : dans les salles d'isolement annexées à son service, il y a 6 lits, où il a pu, en peu plus d'un an, recueillir 96 malades dont 68 venaient de la ville, 28 de son service. Des 68 venues infectées de la ville, 10 sont mortes, soit 14 p. 100. Et, si l'on recherche le chiffre de la mortalité par rapport à la totalité des femmes infectées, il tombe à 11 p. 100. Or, pendant le même temps, 40 autres femmes infectées étaient, faute de place, soignées dans les autres services d'isolement. Pour elles, le chiffre de la mortalité s'éleva à 27 p. 100.

BUDIN insiste à son tour sur l'urgence qu'il y a à créer ces services d'isolement dans le double intérêt des femmes déjà infectées et des autres qui risquent de l'être du fait de leur voisinage.

(*A suivre.*)

REVUE DES PÉRIODIQUES RUSSES (1)

Opération césarienne pour bassin rétréci, par D. J. CHIRCHOW (Clinique du professeur Lebedeff) (2).

Femme de 35 ans, septième accouchement à terme ; un seul enfant est resté vivant, venu au monde en état d'asphyxie profonde ; les autres accouchements se sont terminés par la basio-

(1) Voir *Annales de gynécologie*, mars, p. 254, et avril 1897, p. 328.

(2) *Wratch*, 1896, n° 36, p. 589.

tripsie. D. Sp = 25 et demi ; D. Cr = 26 et demi ; Conj. ext. = 17,5 ; Conj. diag. = 9 ; Conj. vrai = 7 et demi ; D. Tr. = 29 — bassin rachitique, aplati. L'opération césarienne est faite six heures après la rupture de la poche des eaux ; l'incision de l'utérus faite sur la ligne médiane, tombe sur le bord du placenta adhérent et cause une hémorrhagie notable, d'autant plus que l'énucléation du placenta adhérent est difficile.

La cavité utérine est essuyée avec de l'eau phéniquée à 1 p. 100 ; 18 points musculo-sous-déciduaux, 22 points musculo-séreux ferment la cavité utérine, les trompes de Fallope sont liées et la paroi abdominale fermée complètement. Les suites sont fort simples, l'enfant (poids 4,450) est bien portant. L'involution utérine s'est faite très lentement ; 46 jours après l'opération le fond de l'utérus remontait à l'ombilic ; 3 mois et demi après l'opération il se trouvait à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Deux cas de mort par ménorrhagie, par le Dr Rakéeff (1).

Obs. I. — Paysanne de 15 ans, réglée pour la troisième fois ; la première fois les règles très abondantes avaient duré huit jours, la seconde fois elles avaient été modérées et à la troisième fois la jeune fille succomba exsangue au bout de quinze jours de ménorrhagie : l'autopsie montra l'anémie de tous les organes et l'intégrité des organes génitaux.

Obs. 2. — Paysanne de 16 ans, réglée depuis deux ans, toujours très abondamment ; elle avait de temps en temps des hémorrhagies gingivales et des épistaxis. Apportée à l'hôpital au quatrième jour de la ménorrhagie, profondément anémiée, elle fut traitée par l'ergotine, des injections chaudes, le tamponnement vaginal, les injections intra-utérines d'iode, mais sans succès ; elle succomba au bout de quinze jours. Comme dans le premier cas il n'y avait rien d'anormal du côté des organes génitaux.

Du traitement de l'hématocèle rétro-utérine, par C.-V. Jacoubovski (2).

L'auteur apporte une observation du service du professeur

(1) *Wratch*, 1896, n° 41, p. 1157, et *Journal d'accouchements et de gynécologie*, St-Pétersbourg, juin 1896.

(2) *Wratch*, 1896, n° 37.

Lebedeff, qui milite en faveur du traitement non opératoire de l'hématocèle.

La malade arrive à la Clinique après avoir présenté pendant sept mois divers accidents qui ont débuté au second mois d'une grossesse probable : métrorrhagie continuelle avec de rares interruptions, pertes de connaissance, douleurs abdominales et augmentation du volume du ventre. A l'hôpital, on reconnaît l'existence d'une hématocèle rétro-utérine bien caractérisée, non suppurée, la limite supérieure de la tumeur arrivant à 3 centim. de l'ombilic. Le repos complet au lit, la régularisation des selles et l'alimentation convenable constituent tout le traitement; au bout d'un mois l'état général redevient bon, la tumeur diminua et la malade put se lever; quatre mois plus tard la tumeur était réduite au volume d'un œuf de poule et visiblement constituée par la trompe de Fallope distendue, les règles étaient revenues normalement et la santé générale était rétablie.

Kyste de l'ovaire rompu par un traumatisme, par le Dr Bogdanik (1).

Une femme de 22 ans, chez laquelle un médecin avait diagnostiqué une grossesse dans sa seconde moitié, tombe, est prise de douleurs et est envoyée par une sage-femme à la maison d'accouchement. On y reconnaît l'existence d'un vaste épanchement abdominal sans tumeur sensible, l'utérus étant du volume normal; une ponction évacue 20 litres de liquide épais et rouge foncé, après quoi il est possible de déterminer une tumeur de l'ovaire gauche. Au cours de la laparotomie faite quelque temps plus tard, on trouve en effet un volumineux kyste de l'ovaire portant une déchirure antérieure de 17 centim., une autre postérieure de 6 centim.; le kyste était multiloculaire et à surface irrégulière qui a permis la confusion avec les parties fœtales.

Dégénérescence vitreuse (hyaline) des nouveau-nés, par le Dr V. Joukovsky (2).

L'étude clinique et anatomique de l'auteur se rapporte à une maladie non décrite qui se place à côté de la dégénérescence graisseuse ou maladie de Bechl.

L'enfant, née à terme d'une femme atteinte de blennorrhagie et

(1) *Wratch*, 1896, n° 45, p. 1276; d'après une analyse.

(2) *Archives russes de pathologie*, 1897, vol. I, fasc. 1.

d'éclampsie légère et passagère, fut aussitôt prise d'ophtalmie grave, puis de pneumonie, de péritonite et succomba dans le marasme au bout de onze jours. Dès le surlendemain de la naissance les parties molles des talons et des mollets présentèrent une consistance de cire molle; puis ce fut comme si la cire durcissait en se refroidissant, — les parties molles devenaient de jour en jour plus résistantes, les godets, les sillons des langes ne s'effaçaient plus; à la fin, cet état avait gagné toute la surface du corps et il n'était plus possible de distinguer la peau et les muscles des os; en même temps l'enfant devint graduellement rigide et immobile. Un deuxième phénomène capital fut le refroidissement du corps; la température rectale oscilla entre 32°, 34°, 36° et ne monta à 37°,8 qu'une fois au cours de la pneumonie, l'enfant démailloté se refroidissait en quelques instants. Le poids initial de 2,170 gr. alla diminuant progressivement pour tomber à 1,640 gr. au bout de onze jours. L'apathie, la somnolence et l'affaiblissement de l'enfant furent tels qu'elle en arriva à ne pas pouvoir téter ni boire au biberon. Ajoutons que la chute du cordon fut absolument normale.

L'analyse des urines ne dénota rien d'anormal; l'examen bactériologique du sang fut négatif. A l'autopsie on trouva de la pneumonie, de la péritonite, de la myocardite (streptococcus, diplococcus de Fraenkel) et une hyperhémie considérable de tous les viscères. La peau et le tronc cellulaire sous-cutané se présentaient sous forme d'une couche dense, épaisse, jaune grisâtre, nettement limitée du côté des muscles très pâles ou violacés. Histologiquement, il s'agit d'une dégénérescence hyaline des fibres conjonctives de la peau et du tissu sous-cutané et de la désintégration de ces fibres dégénérées en boules hyalines; la dégénérescence atteint les faisceaux conjonctifs intermusculaires, les gaines nerveuses et vasculaires, les vaisseaux de la peau présentent en beaucoup de points la transformation vitreuse la plus complète, les cellules ayant presque disparu, la tunique adventice formant une gaine d'aspect fort particulier, homogène, avec, par places, des boules hyalines. La même dégénérescence atteint les vaisseaux et les faisceaux conjonctifs du foie, sa capsule, les vaisseaux du poumon, de la rate, du pancréas, des reins à un degré moindre. Cette dégénérescence vitreuse n'existait pas dans les cas de sclérème des nouveau-nés que l'auteur a eu l'oc-

casion d'étudier et qui pourtant, cliniquement, se rapprochent des cas ci-dessus.

Opération césarienne avec issue favorable pour la mère et pour l'enfant, par le D[r] J. M. LWOFF.

Femme tartare de 33 ans, gravement rachitique, deuxième grossesse à terme. Une première fois l'accouchement, quelque peu prématuré, avait dû être terminé par la crâniotomie et la crânioclasie du fœtus mort; aussi la femme fut-elle avertie de l'impossibilité d'un accouchement naturel. Taille 125, T. 27; D. Cr. 26, D. sp. — 23, conjug. ext. 13, conjug. diag. 7,5; bassin asymétrique; présentation du siège. L'opération césarienne fut faite avant la rupture de la poche des eaux, en plein travail; l'incision de l'utérus porta sur le placenta qui ne donna pourtant pas lieu à un écoulement sanguin notable; le placenta rapidement décollé et les membranes rompues, on retira un enfant qui se mit à crier aussitôt; l'utérus débarrassé du placenta se rétracta sans saigner et fut fermé à l'aide de 16 points de suture en deux étages. L'opération fut complétée par la ligature des trompes avec excision partielle. La guérison se fit sans incidents, la lactation s'établit abondante dès le quatrième jour et l'opérée quitta la Maternité de Kasan au bout de 24 jours. L'enfant pesait 3,680 grammes, son poids initial ayant été de 3,200 grammes.

Rupture de l'utérus en travail, guérison (1), par le D[r] M. P. LARINSKY.

Femme de 36 ans, huitième accouchement à terme, les cinq premiers fœtus étaient mort-nés, le sixième accouchement terminé par la basiotripsie, le septième par le forceps. L'auteur vit la parturiente deux jours après le début du travail qui s'était brusquement arrêté depuis trois heures; le fœtus se trouvait dans la cavité abdominale, l'utérus assez bien revenu sur lui-même; l'extraction du fœtus au forceps (sous chloroforme) ne fit pas de difficulté, le placenta sortit seul à l'aide de quelques pressions sur le fond de l'utérus et il fut alors reconnu qu'une grande déchirure occupait obliquement le 1/3 moyen de la paroi utérine

(1) *Wratch*, n° 4, 1897, p. 118.

antérieure ; ses bords furent rapprochés aussi exactement que possible à l'aide de la main introduite dans la cavité et surtout de la main abdominale, puis l'utérus tamponné à la gaze iodoformée, le vagin lavé à l'eau boriquée. Un bandage et la glace sur le ventre complétèrent le traitement fait sans aucun espoir de guérison. Au cours des manipulations l'auteur reconnut dans la cavité abdominale un kyste mobile de l'ovaire droit, diagnostiqué d'ailleurs un an auparavant. Contre toute attente, la malade se rétablit ; dès le 4e jour elle parut hors de danger, le 13e jour elle ne se plaignait plus que d'un peu de toux, mais un mois après l'accouchement elle arriva à la clinique dans un état des plus graves avec une vaste collection purulente dans la moitié droite de l'abdomen. Elle fut largement incisée, donna issue à une très grande masse de pus et à une membrane mortifiée au bout de quelques jours. La malade guérit complètement en conservant pendant quelque temps une fistule, laquelle finit par se fermer. Il y a eu probablement torsion du pédicule du kyste ovarien.

Un cas d'infection typhique intra-utérine, par le Dr V. KOLLI (1). Une femme de 21 ans, atteinte de fièvre typhoïde certaine, enceinte de cinq mois, avorte dans le courant de la quatrième semaine de la maladie ; l'un des fœtus était mort, l'autre fit encore quelques mouvements. A l'autopsie du premier on constata de l'hypertrophie de la rate et de la dégénérescence graisseuse du foie ; aussi le second fœtus fut-il autopsié après désinfection extérieure au sublimé et à l'aide d'instruments stérilisés. Des cultures faites dans ces conditions avec le foie et la rate donnèrent des cultures pures de bacille d'Eberth, possédant tous les caractères classiques y compris la réaction de Vidal.

Dr NAGEOTTE-WILBOUCHEVITCH.

(1) *Vratchebnia Zapiski*, 15 novembre 1876, et *Wratch*, 1897, n° 2, p. 50.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

HOSPICE DE LA CHARITÉ DE LYON. — M. VINCENT, CHIRURGIEN-MAJOR.

HÉMATOCOLPOS ET HÉMATOMÉTRIE CONSÉCUTIFS A UN ACCOUCHEMENT NORMAL ET REMONTANT A DEUX ANS

Par M. **Xavier Delore,**
Interne des hôpitaux,
Aide d'anatomie à la Faculté de Lyon.

La rétention des règles dans l'utérus (hématométrie) ou dans le vagin (hématocolpos) ou encore simultanément dans le vagin et dans l'utérus reconnaît soit une disposition congénitale, soit encore une disposition acquise sous des influences diverses. La première cause due à un trouble de développement est certainement la plus fréquente, au dire des auteurs expérimentés ; la seconde est rare, au contraire, et c'est sur elle que nous désirons attirer l'attention en publiant une observation recueillie dans le service de notre maître, M. Vincent, chirurgien-major de la Charité.

Quelques auteurs nient l'existence de l'hématométrie compliquant l'hématocolpos et pour eux l'hématométrie ne peut exister que dans les cas où le rétrécissement des voies génitales porte sur la lumière de la cavité utérine. Nous n'avons ni la prétention, ni l'autorité suffisante pour ne pas

admettre que cette disposition est bien la plus fréquente ; nous constatons cependant que notre observation est un exemple indiscutable de dilatation simultanée du col de l'utérus et de la partie supérieure du vagin. Le col utérin était, en effet, manifestement dilaté d'une part ; le vagin, d'autre part, n'avait plus qu'une longueur de 4 à 5 centimètres : on n'y trouvait plus la moindre trace des culs-de-sac, ni le plus petit moignon qui pût représenter les lèvres du col ; enfin, l'autopsie permit de vérifier *de visu* la ligne de démarcation entre le col dilaté et le vagin dilaté et l'existence certaine d'une hématométrie et d'un hématocolpos. Ce fait n'est pas isolé ; Gelbke (Soc. gynéc. de Dresde, 1891) en a relaté une observation et l'on trouve figuré dans le livre de Pozzi un bel exemple de dilatation combinée de l'utérus et du vagin relaté par Barnes. Nous remarquerons enfin que, dans les deux cas de ces auteurs, le corps de l'utérus était ectasié, tandis que chez notre malade le col tout entier était dilaté considérablement, pendant que le corps de l'utérus ne l'était que très légèrement, atteignant au plus le triple de son volume normal.

Avant de retracer l'histoire de notre malade, intéressante au double point de vue de l'étiologie et du diagnostic, il est peut-être utile de préciser les origines différentes de l'atrésie acquise du vagin.

Il nous faut signaler les traumatismes accidentels ou chirurgicaux, les brûlures par les injections trop chaudes, les cautérisations, les atrophies séniles comme capables d'amener l'oblitération du vagin et du col de l'utérus. Toutes ces variétés étiologiques ne peuvent pas être invoquées chez notre malade qui avait eu six accouchements normaux, dont le dernier datait de deux ans et qui, depuis lors, n'avait jamais subi aucun traitement suspect; elle a toujours été très affirmative aux nombreuses questions posées au sujet d'une brûlure par injection trop chaude ou d'une cautérisation quelconque.

Reste donc, en définitive, l'accouchement et nous savons

que Hengebauer l'incrimine comme la cause la plus fréquente des atrésies génitales acquises. Voici comment on peut expliquer son action : tantôt, il produit une vaste mortification des parois vaginales à la suite d'une pression ou pincement prolongés ; des fistules urinaires ou fécales peuvent être la conséquence de cette pression exagérée; mais alors on aura bien rarement une atrésie complète du vagin, puisque le passage des liquides et des matières en rend, *a priori*, la formation bien difficile : tantôt, la mortification produite par le passage du fœtus est plus superficielle, bornée simplement à la muqueuse des culs-de-sac vaginaux ; après cette ulcération, la cicatrisation se fera par une véritable réunion immédiate secondaire, pouvant amener l'oblitération plus ou moins complète du canal vaginal. Nous ferons remarquer qu'alors la formation d'une cicatrice rétractile sera relativement facile, puisqu'après l'accouchement et pendant l'état de nourrice, le repos génital est à peu près complet, condition éminemment favorable à la cicatrisation. Notre malade se trouvait dans ces conditions : le début de la rétention des règles remontait au dernier accouchement datant de deux ans et cette femme avait allaité son enfant ; aussi ne s'étonna-t-elle pas, pendant plusieurs mois, de l'absence complète des règles.

Mais ici se pose une question délicate à résoudre : comment l'ulcération a-t-elle pu se produire suffisamment étendue pour amener une oblitération secondaire complète du vagin, dans notre observation ? L'accouchement avait été normal, rapide, terminé en quatre ou cinq heures et sans aucune intervention ; la malade ayant eu déjà cinq accouchements normaux, avait une certaine expérience de ce travail physiologique et cependant elle affirmait que le dernier accouchement avait été aussi simple que les précédents. Devant cette absence, apparente tout au moins, de causes capables d'expliquer une gangrène superficielle du vagin, nous resterons sobre de discussion, en notant simplement l'accouchement comme l'occasion de la première ulcération

et laissant le lecteur juge d'appliquer telle ou telle pathogénie plus immédiate. Quoi qu'il en soit, l'accouchement dernier peut seul être incriminé et la rétention des règles remontait bien à cette époque; la longue durée de la période de rétention permet ainsi, à l'exemple des autres auteurs signalés, d'expliquer l'existence de l'hématométrie compliquant l'hématocolpos.

Voici cette observation :

Femme D..., 41 ans, entrée le 9 décembre 1896, salle Sainte-Madeleine, service de M. Vincent, chirurgien-major de la Charité de Lyon, ménagère.

Cette femme n'a pas d'antécédents pathologiques, et en particulier n'a jamais présenté aucune lésion appréciable du côté des organes génitaux. Elle a eu 6 accouchements absolument normaux ; le dernier eut lieu, il y a deux ans exactement et fut normal et même assez rapide, commencé à 8 heures du matin, il était terminé à midi sans accident appréciable, sans intervention. Les suites en furent simples, semblables aux suites des couches précédentes. Notre malade affirme qu'elle n'a jamais été brûlée par des injections trop chaudes et qu'elle n'a jamais subi de traitement gynécologique quelconque, elle n'a pas été examinée par un médecin, depuis son accouchement jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Cette femme a nourri son dernier enfant pendant 16 mois ; ses règles ne revenant pas, elle n'était pas étonnée, attribuant leur absence au nourrissage. Quand elle se présenta à l'examen, elle avait sevré son enfant depuis 8 mois et depuis son dernier accouchement, c'est-à-dire depuis deux ans, elle n'avait plus eu ses règles, ni aucune perte vaginale de quelque nature.

Quatre mois avant son entrée, elle ressentit dans le bas-ventre quelques douleurs d'abord vagues, bientôt plus violentes avec exacerbation à certains intervalles.

Il y a un mois, elle s'aperçut enfin de l'apparition d'une tumeur mobile dans la fosse iliaque droite. D'abord petite, cette grosseur augmenta peu à peu.

Depuis 8 jours, les douleurs sont devenues presque continues, la malade est agitée et présente quelques frissons surtout le soir. Il est probable qu'elle présentait déjà de la température à son

entrée, malheureusement par inadvertance on n'a pas pris la température de la malade avant la première intervention.

A l'entrée, on constate l'existence d'une tumeur prédominante dans la fosse iliaque droite et se prolongeant en bas dans le bassin. Cette tumeur est fluctuante, relativement mobile et manifestement développée aux dépens de l'utérus et du vagin.

Le toucher vaginal fait constater l'absence des culs-de-sac, l'absence de col utérin; mais à 4 centimètres environ au-dessus de l'orifice vulvaire, le doigt sent une membrane tendue, de consistance uniforme et très fluctuante. Cette membrane ferme en bas la tumeur liquide, qui s'élève en haut, comme nous l'avons vu, jusque dans la fosse iliaque droite.

La tumeur ainsi constituée a refoulé l'utérus et les annexes, et il est bien difficile de reconnaître la part exacte qui revient au vagin dilaté et à l'utérus dilaté dans la formation de la tumeur, à un premier examen. Quoi qu'il en soit, le diagnostic est bien tumeur formée par la rétention des règles. M. Vincent pratique alors une petite ponction de la membrane qui cloisonne le vagin et aussitôt on voit s'écouler un verre environ de liquide brun chocolat, épais, visqueux, absolument caractéristique et confirmant pleinement le diagnostic. A la suite de cet écoulement, la tumeur abdominale semble disparaître et la malade, qui souffrait beaucoup, est immédiatememt soulagée. Enfin, asepsie avant, pendant et après l'intervention; tampon vaginal pour modérer l'écoulement du liquide.

Le lendemain, 10 décembre, on pratique un débridement vaginal sur la membrane simplement ponctionnée le premier jour; puis un lavage minutieux de la cavité est pratiqué à cause de la température qui atteint déjà 39°,5 ; enfin on pratique le tamponnement iodoformé.

Les jours suivants, comme la température est toujours élevée, on enlève la mèche et on pratique deux lavages antiseptiques par jour. Malheureusement, l'infection est trop intense et la malade meurt le 14 décembre, 5 jours après son entrée, avec les signes d'une septicémie péritonéale à marche rapide, c'est-à-dire avec du tympanisme abdominal, une température de 40°, un pouls rapide et filiforme, des yeux excavés et finalement du refroidissement des extrémités.

Autopsie. — Le 16 décembre on constate une péritonite sup-

purée généralisée par le mécanisme de la propagation ; car il n'y a pas de solution de continuité du péritoine et les orifices abdominaux des trompes ne semblent pas dilatés. On ne trouve pas d'hématosalpinx, ni salpingite ancienne ou récente.

L'infection partie de l'utérus dilaté a suivi les ligaments larges, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques ou sanguins ; en effet, la base des ligaments larges est complètement infiltrée par le pus, aussi bien à droite qu'à gauche. Il n'existe pas d'orifice faisant communiquer ces zones infiltrées, soit avec l'utérus ou le vagin, soit avec le péritoine.

L'utérus est en position normale, son volume est double du volume normal et son fond dépasse de 3 centimètres environ le bord supérieur de la symphyse pubienne. Après avoir enlevé l'utérus, on constate que le col est très dilaté, à tel point qu'on ne peut plus reconnaître ses deux lèvres, qui, au premier abord, semblent se confondre avec les parois vaginales. Néanmoins, un examen plus attentif permet de constater que l'orifice externe très aminci s'arrête à deux centimètres environ au-dessus des lambeaux flottants qui représentent les débris de la cloison vaginale débridée. Il y avait donc hématocolpos et hématométrie simultanés. La cavité cervicale est donc très dilatée ; l'orifice interne dilaté aussi laisse passer l'index très facilement ; enfin la cavité du corps utérin normalement virtuelle, est ici très manifeste et le doigt peut l'explorer facilement dans toutes ses parties. L'épaisseur du muscle utérin est considérablement augmentée.

Rien à noter dans les autres organes.

En résumé, cette malade a présenté un hématocolpos et une hématométrie consécutivement à un accolement des parois vaginales ; ce cloisonnement du vagin s'est formé, sans aucun doute, dans les premières semaines qui ont suivi l'accouchement par cicatrisation d'une ulcération superficielle produite pendant le travail, mais dont la cause a été si minime qu'elle a passé complètement inaperçue.

L'issue a été fatale, pour deux raisons principales : on connaît bien la gravité de l'ouverture de ces collections, telle que Desprès conseillait encore, il y a quelques années, de s'abstenir de toute intervention, opinion que nous sommes

loin de vouloir défendre; en second lieu, nous avions affaire à une malade très débilitée, peut-être déjà infectée depuis quelques jours, puisqu'elle avait eu des frissons et des symptômes de septicémie. Ainsi s'explique la marche rapide de la péritonite, signalée par une température de 40°, le soir même de la première intervention, quand on consulta le thermomètre pour la première fois. Il ne nous semble pas qu'on puisse accuser les manœuvres opératoires faites avec une asepsie minutieuse.

A l'exemple de la majorité des gynécologistes, M. Vincent a pratiqué l'ouverture de la collection en deux temps : d'abord une simple ponction permit l'évacuation partielle ; 24 heures après, un débridement donna issue au reste du liquide hématique. Malgré la terminaison fatale, la collection doit, en effet, toujours être traitée de cette façon, malgré l'avis de Desprès, qui nous ramènerait aux errements, bien justifiables alors, de la période préantiseptique. Dans notre cas, l'intervention était doublement indiquée par les signes précurseurs de la suppuration de la collection sanguine, qui peut arriver, on le sait, avant toute communication avec l'extérieur, aussi bien que la suppuration de l'hématocèle.

En terminant, nous signalerons avec les auteurs, la remarquable tendance à l'infection que présentent les tumeurs hématiques, qui ne doivent être abordées, par conséquent, qu'avec des précautions d'asepsie poussée à ses dernières limites, aussi bien que dans une laparotomie.

QUELQUES CAS DE RIGIDITÉ « DITE » SPASMODIQUE DU COL TRAITÉS PAR LA RUPTURE DES MEMBRANES

Par M. G. Fieux.

Si nous résumons en quelques mots la façon dont s'effectue normalemeut la dilatation pendant le travail, nous pouvons dire que celle-ci est le résultat d'une lutte qui s'établit d'une part entre la musculature énergique de la zone supérieure

de l'utérus et d'autre part la musculature faible du segment inférieur et du col.

Au début le col et le segment inférieur, se contractant comme le reste, résistent à la pression qu'exerce sur eux plus ou moins indirectement la zone supérieure. Dans cette période en effet l'orifice se resserre au début de la contraction et se relâche dans l'intervalle. C'est ce que l'on remarque depuis l'effacement jusqu'à la dilatation de deux francs à peu près.

Puis l'action prédominante de la zone supérieure se fait sentir : pendant la contraction l'orifice cervico-utérin ne se rétrécit plus, mais il ne se dilate pas encore. Dilatation comme deux francs en moyenne.

Si l'on attend davantage on voit que la musculature supérieure triomphe de la résistance du col qui devient passif. Celui-ci est pour ainsi dire paralysé ; l'orifice est devenu dilatable pendant la contraction. Dilatation de deux francs jusqu'à la dilatation complète.

Mais pour avoir raison du col, la musculature supérieure doit agir par contractions intermittentes. Pour cela tout le monde est d'accord : l'intermittence est une condition essentielle pour que les *douleurs portent*, aussi bien au moment de la dilatation que pendant la période d'expulsion.

La contractilité utérine est sujette à une modification qui quelquefois entrave la marche régulière du travail, c'est son état tonique ou permanent. Alors plus d'intermittences marquées. L'utérus ne se relâche pas. La poche des eaux a une tension insolite et continuelle. On n'assiste que de loin en loin à quelques légères exacerbations dans l'action utérine.

Or, dans les quelques cas semblables qu'il nous a été donné d'observer, chaque fois nous avons rencontré du côté du col tous les symptômes dont l'ensemble constitue un état particulier connu sous le nom de rigidité spasmodique.

OBS. I. — Femme de 18 ans, primigeste, bien portante, arrive en travail à la Maternité, le 4 mars. Date des dernières règles :

6 au 8 juin. La grossesse est donc à la fin du neuvième mois. A son entrée à la salle d'accouchement à 11 heures 1/2 du soir, elle nous dit souffrir depuis deux heures et demie environ, mais depuis une heure les douleurs sont devenues rares et peu fortes.

L'utérus remonte à 31 cent. au-dessus du pubis, les parois sont dures, rendent le palper difficile. Présentation du sommet engagé, mais encore assez haut dans l'excavation. O. I. D. P. Dilatation comme deux francs. Bords de l'orifice amincis et rigides, membranes tendues ne permettant pas au doigt d'atteindre la tête. L'utérus ne se relâche pas. Le malaise est constant et à aucun moment les membranes ne s'assouplissent. De loin en loin, toutes les vingt minutes environ, une légère exacerbation provoque quelques plaintes.

Pas de changement dans le courant de la nuit, ni dans la matinée du lendemain. Le 5 à 11 heures du matin, la dilatation étant la même 12 heures auparavant, rupture artificielle des membranes. L'utérus et le col restent encore durs une à deux minutes, puis se relâchent. Au bout de 6 minutes, première contraction violente de 50 secondes.

A partir de ce moment, elles se succèdent régulières, toutes les 4, puis toutes les 3 minutes, avec relâchement de l'utérus dans l'intervalle.

A midi et demi, dilatation complète. A 1 heure, expulsion d'un enfant du sexe féminin.

Suites de couches physiologiques. Départ au huitième jour.

Obs. II. — Femme de 17 ans, primigeste, est reçue dans le service le 7 avril. Toujours bien portante. Réglée convenablement depuis l'âge de 13 ans.

Dernières règles du 8 au 13 juillet.

Le 21 avril, entrée à la salle de travail à 9 heures du soir, des douleurs ayant commencé 3 heures auparavant. Le fond de l'utérus regardant à peine à droite est à 29 cent. du pubis.

Les parois de l'organe sont résistantes, et pendant dix minutes nous attendons en vain un relâchement qui nous permette de pratiquer le palper. Ce n'est que très confusément que nous percevons les petits membres à gauche et en avant, ainsi que le front qui regarde du même côté. La tête, descendue dans l'excavation, repose presque sur le plancher du bassin. Le segment inférieur est fortement tendu, ainsi que les bords amincis de l'orifice dont

le diamètre mesure à peu près trois centimètres. Les membranes à peine dépressibles ne sont séparées de la tête que par une mince couche de liquide amniotique. Le doigt introduit entre l'œuf et le segment inférieur ne rencontre aucune adhérence.

Les douleurs ressenties dans tout le ventre sont très pénibles et sans répit.

Des injections chaudes fréquemment renouvelées n'amènent aucun changement. Après l'injection, légère exagération de la douleur et de la tension utérine, mais la dilatation ne progresse nullement.

Le 22 à 6 heures du soir, c'est-à-dire 33 heures après son entrée à la salle de travail, le diamètre de l'orifice est toujours de 3 centimètres. Rupture artificielle des membranes, écoulement d'une très petite quantité de liquide amniotique.

Très rapidement les parois utérines deviennent souples; 12 minutes après, apparition de contractions espacées et vigoureuses, si bien qu'au bout de deux heures la dilatation est complète.

A 10 heures l'accouchement est terminé. Enfant du sexe féminin pesant 3,300 grammes. Rien de particulier pendant la délivrance ou les suites de couches.

Départ au neuvième jour.

Obs. III. — Femme de 24 ans, tertipare, entre à la Maternité le 23 avril 1896. Réglée à 14 ans d'une façon satisfaisante.

Première grossesse à 19 ans : accouchement naturel à terme, enfant vivant.

Deuxième grossesse à 21 ans : accouchement dans les mêmes conditions que le premier.

Dernières règles du 27 au 31 juillet. Apparition des mouvements actifs au commencement de décembre.

Le ventre est distendu. L'utérus remonte à 45 centimètres au-dessus du pubis. 109 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic. Grande quantité de liquide amniotique.

La tête très volumineuse est mobile au-dessus du détroit supérieur. Le dos est à droite et en arrière. Bassin normal.

Entrée à la salle de travail le 26 avril à 9 heures du soir. Les contractions se maintiennent régulières, bien espacées, jusque vers 11 heures.

Dans l'intervalle le col est souple et les membranes pas trop

tendues permettent au doigt de faire balloter la tête. A 11 heures les douleurs cessent pour faire place à un malaise constant, très pénible qui persiste toute la nuit. L'orifice mesure 4 centimètres de diamètre, mais ses bords, de même que les membranes, ont perdu leur souplesse.

Le 27 à 8 heures du matin l'état est le même. Les contractions rares sont à peine accusées. L'utérus est en demi-tension permanente. La poche d'eaux, assez volumineuse et résistante, empêche d'atteindre la tête toujours très élevée.

Rupture provoquée des membranes en faisant fixer la tête et en modérant l'issue du liquide amniotique. Après un écoulement de 1,500 grammes la tête se fixe au détroit supérieur.

Relâchement du muscle utérin qui dure huit minutes, puis réapparition des contractions régulières.

A 9 heures la dilatation est complète.

Mais subitement les bruits du cœur de l'enfant deviennent faibles et irréguliers. Une version amène un enfant vivant du sexe masculin pesant 4,450 grammes. Puis viennent encore 500 grammes de liquide amniotique et un placenta de 1,080 grammes. Suites de couches normales. Sortie au onzième jour.

Obs. IV. -- Femme de 39 ans, toujours bien portante, réglée depuis l'âge de 11 ans, a déjà eu deux grossesses à 24 et 26 ans, toutes deux terminées par un accouchement naturel à terme.

Dernières règles du 14 au 19 juillet. Aucune maladie, ni aucun incident dans le cours de la grossesse actuelle.

Cette femme arrive en travail à la salle d'accouchement le 29 avril à 9 heures du matin, à terme par conséquent. Le fond de l'utérus légèrement incliné à droite s'élève à 29 centimètres au-dessus de l'excavation.

Le palper est facile. Le fœtus est en O. I. G. A., tête appuyée au détroit supérieur. La dilatation est comme une pièce de 1 franc dans l'intervalle des contractions, et diminue un peu au moment des douleurs. Les bords de l'orifice sont souples, ainsi que les membranes que le doigt déprime aisément pour explorer la tête fœtale.

A 9 heures et demie, dilatation comme 2 francs, mais à partir de ce moment les contractions s'affaiblissent tout en se rapprochant, si bien qu'à partir de 10 heures l'utérus reste dur. Il n'est presque pas possible de percevoir les parties fœtales soit par le palper,

soit par le toucher vaginal. Les bords de l'orifice dont le diamètre mesure 3 centimètres sont amincis et tranchants. Les membranes sont résistantes.

Des injections chaudes n'amènent aucune modification. La femme ne crie plus, mais elle se plaint d'une douleur sourde et constante dans les reins et tout le ventre.

Le lendemain 30, rien de changé. La dilatation n'a pas progressé; l'utérus, le col, les membranes sont dans le même état de tension Injections chaudes. A 4 heures du soir un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée ne fait qu'exagérer l'état d'énervement extrême dans lequel se trouve la malade.

Le surlendemain 1er mai, la femme est plus calme, pas de modifications dans la consistance de l'utérus, des bords de l'orifice, ou dans la tension des membranes.

Le 2, à 8 h. et demie du matin, rupture artificielle des membranes; 100 à 150 grammes de liquide s'écoule, la tête appuie sur l'orifice.

Pendant dix minutes encore l'utérus reste tendu et les bords de l'orifice rigides, puis brusquement fait suite une inertie complète : utérus souple, col dilatable sous le doigt, pas la moindre douleur.

Cet état persiste jusqu'à 10 heures. Injections chaudes prolongées. Presque aussitôt surviennent des contractions énergiques et fréquentes.

Le segment inférieur descend dans l'excavation, poussé par la tête. Dilatation complète à deux heures.

Une demi-heure après, expulsion naturelle d'un enfant vivant pesant 3,450 grammes.

Suites de couches normales. Départ de la femme au huitième jour.

Obs. V. — Femme de 22 ans, entre le 9 mai à la Maternité. Ayant toujours joui d'une excellente santé, elle est enceinte pour la première fois, ses dernières règles ayant apparu du 6 au 10 août.

La grossesse évolue sans le moindre incident et, le jour même de son arrivée, c'est-à-dire dans les derniers jours du neuvième mois, le travail se déclare.

Souffrant déjà depuis trois quarts d'heure, nous dit-elle, elle n'arrive à la salle de travail qu'à 8 heures du soir. Le fond de

l'utérus, situé sur la ligne médiane, remonte à 33 cent. au-dessus du pubis. Le palper, rendu très difficile par la tension des parois de l'organe, permet cependant de reconnaître la tête mobile au détroit supérieur, le front tourné à gauche, et les petites extrémités à gauche et en avant. Le col complètement effacé est dilaté comme deux francs. Les bords de l'orifice sont rigides. Pendant la nuit pas de changement. La femme se plaint de douleurs continues dans les reins et le bas-ventre. Toute la journée du 10, sensation de crampe dans tout le ventre, sans répit, avec quelques légères exacerbations très espacées. L'utérus conserve sa consistance dure. A 10 heures du soir la dilatation n'a pas avancé. Les bords de l'orifice sont minces, résistants, et les membranes constamment tendues empêchent d'arriver jusque sur la tête.

Le doigt introduit entre l'œuf et le segment inférieur trouve en arrière et assez loin quelques adhérences qui se laissent rompre avec la plus grande facilité. Des injections chaudes prolongées, un tamponnement vaginal n'arrivent qu'à exaspérer la sensation pénible qu'éprouve la malade.

Le 11 mai, pas de changement. La femme souffre moins, bien que l'utérus ait toujours la même dureté. Injections prolongées. A 5 heures du soir le diamètre de l'orifice mesure à peu près 3 centimètres, ses bords sont minces et résistants, les membranes conservent leur tension constante.

A 6 heures, rupture artificielle des membranes : issue de deux ou trois cents grammes de liquide, la tête appuie sur l'orifice. Pendant 3 ou 4 minutes l'utérus reste vivement contracté sur le fœtus, puis se relâche d'une façon complète durant dix minutes. Le palper, jusqu'alors difficile, se fait très aisément. Les bords de l'orifice cervico-utérin sont parfaitement souples.

Puis les contractions se montrent énergiques et régulières toutes les 3 minutes.

A 8 heures 1/2 la dilatation est complète. A 9 heures 1/2, expulsion d'un enfant du sexe masculin pesant 2,850 grammes.

Suites de couches physiologiques. Sortie de la mère au huitième jour.

Le nombre de ces observations est trop restreint pour que l'on puisse tirer des conclusions sur tous les points. De ces 5 femmes, 3 étaient primipares et 2 tertipares ; 4 fois sur 5

la présentation a été le sommet en droite postérieure. Évidemment nous donnons ce détail pour ce qu'il vaut, sans penser devoir nous y attacher davantage.

Mais si nous groupons les particularités qui se sont montrées d'une façon constante, nous voyons que ce travail anormal aboutissant à la soi-disant rigidité spasmodique évolue de la façon suivante :

Au début les contractions espacées et régulières provoquent l'effacement et conduisent l'orifice jusqu'à une dilatation égalant en moyenne 3 centimètres. Ce premier stade de la dilatation nous a même paru s'effectuer toujours très rapidement.

Puis à partir de ce moment les contractions deviennent très rapprochées, subsistantes, et aboutissent à l'état de tension permanente de l'utérus.

Les parois de l'organe, moins souples qu'à l'état de repos, moins dures que pendant une contraction vraie rendent le palper difficile et douloureux.

Les douleurs ne sont plus vives et espacées, elles sont sourdes, continues, énervantes, revêtent chez quelques femmes le caractère de crampe et c'est bien alors que la période de dilatation mérite à juste titre le nom de période de désespoir.

En même temps les bords de l'orifice deviennent amincis, tranchants, non dilatables sous le doigt, *rigides* en un mot, et les membranes constamment tendues rendent difficile l'exploration de la partie fœtale qui se présente au-dessus d'elles.

Mais il est un fait à remarquer, *c'est que la contracture du col n'est pas primitive ; elle ne fait que suivre celle de la musculature supérieure.*

Si le col ne se dilate pas, c'est qu'il lui manque de quoi se dilater : des contractions énergiques et intermittentes. S'il est dur, c'est que, suivant l'expression de Doléris, le col reflète l'état de l'utérus tout entier, de la même manière que l'état saburral de la langue indique l'existence d'une lésion digestive.

Ce n'est donc pas rigidité spasmodique du col qu'il faudrait dire, mais bien rigidité utérine totale.

L'état du col n'est qu'un symptôme, n'est que le reflet de la rigidité de la musculature supérieure.

Cette rigidité apparaît lorsque l'orifice cervico-utérin arrive à mesurer 2 à 3 centimètres de diamètre, comme nous l'avons déjà dit, c'est-à-dire au deuxième temps de la dilatation, au moment où, sous l'effort de la musculature supérieure, l'orifice ne se retient plus, mais ne se dilate pas encore.

On dirait que l'utérus est figé pour un temps indéfini dans ce stade normal de la période de dilatation.

Laissée à elle-même, la rigidité utérine peut persister fort longtemps, puisque, dans les faits que nous venons de rapporter, l'intervention l'a interrompue au bout de 9 heures, 11 h. 1/2, 33 heures, 45 heures et même 59 heures.

Il est d'usage courant, lorsque pendant le travail la dilatation ne progresse plus, d'employer le tamponnement vaginal, les injections chaudes, en un mot tout ce qui est susceptible d'éveiller ou d'exagérer les contractions utérines.

Or, avant de mettre en œuvre ces divers moyens qui donnent d'excellents résultats dans les fausses rigidités par inertie, il faut s'assurer que l'on n'a pas affaire à une fausse rigidité par contracture.

Dans ce dernier cas, il est tout à fait irrationnel de vouloir exciter la fibre utérine. Nous l'avons bien vu chez les femmes que nous avons examinées : les injections, le tamponnement vaginal ne font qu'exagérer la tension douloureuse de l'utérus sans faire progresser en rien la dilatation de l'orifice.

Nous ne parlons pas des divers topiques appliqués sur le col, dont l'inefficacité nous paraît bien facilement explicable par ce fait que ce n'est pas le col seul qui est en cause, mais aussi et surtout la musculature supérieure.

C'est donc la contractilité du corps de l'utérus qu'il faut atteindre et modifier, en s'adressant aux agents capables de la modérer, ou de la régulariser tout au moins.

Ici les médicaments hypnotiques et en particulier le chloral et le chloroforme, ont une action des plus efficaces.

Dans la thèse de M. Charuel nous trouvons 7 observations de M. Rivière se rapportant à la rigidité spasmodique (avec intégrité des membranes) et dans lesquelles le chloral amena une dilatation rapide.

D'autre part, Pinard n'a-t-il pas démontré que les inhalations chloroformiques déterminaient un accroissement de la durée des intervalles des contractions et une diminution de la durée de l'acmé de ces mêmes contractions. Si donc la rigidité utérine est considérée comme une série de contractions subintrantes à acmé très longue, il n'est pas étonnant de voir sous l'influence du médicament le travail reprendre son allure normale.

Mais il est une autre méthode, des plus simples, qui en quelques minutes change complètement la marche du travail, je veux parler de la rupture artificielle des membranes.

Charpentier range cette rupture précoce des membranes parmi les principales causes de la soi-disant rigidité spasmodique du col.

Mais n'est-il pas probable que, dans les faits sur lesquels il s'appuie, il existait plutôt du côté du col de ces modifications, que MM. Wallich et Bouffe de Saint-Blaise ont constatées dans certains cas de perturbations des contractions utérines. Or ces perturbations, on le sait, apparaissent fréquemment à la suite de la rupture des membranes, à un moment éloigné de la dilatation complète.

Smellie préconise la rupture des membranes pour accélérer le travail, mais sans bien faire comprendre s'il s'agit de la période de dilatation ou de la période d'expulsion : « Lors donc que les membranes sont fortes, ou qu'elles sont si longtemps sans s'ouvrir que l'accouchement en est retardé, il faut les rompre sans aucun délai, pourvu que l'orifice interne soit assez dilaté. »

Schrœder qui admet comme très active, même pendant la période de dilatation, ce que Schatz a désigné sous le nom de *force de restitution de forme*, déclare que la rupture des

membranes est efficace même dans les cas où la distension de l'œuf n'est nullement exagérée, et considère la rupture des membranes comme un des moyens par excellence propres à activer le travail, lorsque l'accouchement traîne en longueur.

Pinard précise davantage et, qu'il y ait ou non excès de liquide, recommande la rupture de l'œuf *lorsque la dilatation étant stationnaire les membranes restent tendues dans l'intervalle des contractions.*

Or, cette tension permanente insolite est constante dans la rigidité spasmodique du col ou mieux dans la rigidité utérine totale.

Comment agit exactement dans ces cas l'ouverture de l'œuf? Il est difficile de le dire. Ce qu'il y a de certain c'est qu'à partir de ce moment, que la quantité de liquide qui s'écoule soit forte ou minime, la contractilité utérine est sensiblement modifiée.

Chaque fois, immédiatement après la déchirure des membranes, nous avons pu constater :

1° Que l'utérus reste encore contracté pendant quelques minutes.

2° A cet état de contracture permanente succède un relâchement complet qui a duré 7, 8, 10, 12 minutes. Une fois même l'inertie a duré une heure et demie et l'eau chaude a dû être employée pour réveiller la contractilité.

3° Après un repos généralement court, les contractilités se montrent, intermittentes et énergiques, complétant la dilatation d'une façon rapide.

Nous ne pouvons mieux faire que résumer en quelques chiffres les 5 observations :

DILATATION ARRÊTÉE DEPUIS	RUPT. DES MEMBRANES Dilat. complète au bout de :
11 h. 1/2	1 h. 1/2
33 h.	2 h.
9 h.	1 h.
45 h.	5 h. 1/2
59 h.	2 h. 1/2

L'avantage de ce procédé est la rapidité d'action et nous oserions même dire son efficacité constante, bien que nous appuyant sur bien peu d'observations. De plus, il ne possède pas les inconvénients du chloroforme ou du chloral, troubles gastriques et torpeur qui se prolongent quelquefois assez longtemps après la délivrance.

Néanmoins il est bien entendu que cette méthode ne devra être employée que tant que l'on se sera assuré que la présentation eutocique pourra appuyer régulièrement sur le segment inférieur.

La médication hypnotique reste une ressource précieuse lorsque la rigidité utérine coïncidera soit avec un rétrécissement du bassin, soit avec la présence du cordon en arrière des membranes, en somme, toutes les fois qu'il y aura indication absolue à ménager l'intégrité de l'œuf jusqu'au moment de la dilatation complète.

ÉTUDE SUR LE DÉTROIT SUPÉRIEUR DU BASSIN NORMAL DANS LA RÉGION LYONNAISE (1)

Par le Dr F. **Commandeur**,
Ancien aide d'anatomie,
Moniteur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon.

Des bassins petits.

Les bassins petits présentent tous un caractère commun c'est que le sacro-pubien constitue le diamètre le plus fixe de ces bassins et que la réduction porte toujours sur les obliques et le transverse. Ceci s'explique facilement car dès que le sacro-pubien descend à 10 centim. ce n'est plus un bassin suffisant qu'on a, mais un bassin généralement rétréci, et c'est dans cette classe que nous les avons rangés. Par suite leur nombre est très restreint, nous en avons 10 sur 94 bassins, soit pas tout à fait 1 sur 10 bassins suffisants.

(1) Voir le numéro de mai 1897, page 375.

Nous les diviserons en deux classes :

1° Bassin généralement petit.

2° Bassin petit à sacro-pubien conservé.

Le bassin aplati disparaît donc du cadre des bassins petits suffisants car il imprime une réduction du sacro-pubien par rapport au transverse qui en ferait un bassin pathologique.

A. — *Bassin généralement petit.* — Ils sont au nombre de 4 sur 10, c'est-à-dire pas tout à fait la moitié. Ils forment une série qui s'étend des limites inférieures du bassin moyen jusqu'aux supérieures du bassin généralement rétréci pathologique, tous les diamètres ont subi une réduction parallèle ou à peu près, mais il faut noter que c'est encore le sacro-pubien qui a le moins de tendance à diminuer, alors que le transverse peut descendre à 12,2 et les obliques à 11,3. Il n'y a donc pas un parallélisme tout à fait exact dans la diminution des divers diamètres. Cette tendance à la diminution faible du sacro-pubien se retrouve dans la deuxième classe.

B. — *Bassins petits à sacro-pubien conservé.* — Cette conservation du sacro-pubien les rend analogues à ceux que nous avons vus dans les bassins grands et moyens comme bassin à sacro-pubien dominant, mais ici ce n'est pas le sacro-pubien qui augmente considérablement plus que les autres diamètres mais ceux-ci qui diminuent beaucoup alors que le sacro-pubien reste fixe ; mais en fin de compte le rapport revient au même.

Nous en avons 6 sur 10, soit 3 sur 5 bassins petits. Ils ont tous 10,5 de sacro-pubien alors que les obliques descendent jusqu'à 11,4 et le transverse à 12,3.

Le tableau suivant résume ces données numériques.

Bassins suffisants.

		NOMBRE	POUR 100
Bassins grands. 38	généralement agrandis..	16	17
	aplatis..................	12	12.76
	à sacro-pubien dominant.	8	8.5
	circulaires.............	2	2.12

Bassins moyens. 46	normal.................	17	18
	aplati..................	17	18
	à sacro-pubien dominant.	8	8.5
	circulaire..............	2	2.12
	à oblique dominant......	2	2.12
Bassins petits.. 10	généralement petit.....	4	4.24
	à sacro-pubien dominant.	6	6.36

Si maintenant, nous laissons de côté le *volume* du bassin et si nous ne tenons compte que de la *forme* qui s'exprime numériquement par le rapport des différents diamètres entre eux ou comparé à l'un d'eux pris pour unité, nous obtenons le tableau suivant.

		NOMBRE	POUR 100
Bassins...........	de forme normale.......	37	39.36
	aplatis..................	29	30.85
	à sacro-pubien dominant.	22	23.4
	circulaire...............	4	4.24
	à oblique dominant......	2	2.12

Les tableaux suivants (p. 445 à 447) donnent le détail et les dimensions de chacun de ces bassins. On y trouve rangés à la suite des bassins suffisants ces bassins rétrécis que nous avons rencontrés dans nos recherches sur un total de 120 bassins.

Ces chiffres établis nous permettent donc de conclure que dans la région lyonnaise :

1° Dans la moitié des cas le bassin s'approche sensiblement par ses *dimensions* du bassin normal type.

2° Dans 40 pour 100 des cas, il est plus grand que le bassin normal.

3° Dans 9 pour 100, il est plus petit que le bassin normal.

4° 40 fois sur 100 la *forme* du bassin se rapproche de celle du bassin type.

5° De suite après vient, comme fréquence, le bassin aplati (30 pour 100; ce qui, en tenant compte des bassins aplatis rétrécis consignés dans le rapport du professeur Fochier au

Bassins de forme aplatie.

NUMÉROS	CONJUGUÉ VRAI	TRANSVERSE	OBLIQUE DROIT	OBLIQUE GAUCHE
1	108 mm	151 mm	133 mm	137 mm
2	107	150	138	141
3	107	152	140	136
4	107	145	135	130
5	104	165	150	150
6	104	143	124	127
7	102	145	133	124
8	102	143	128	132
9	100	139	127	130
10	99	143	127	128
11	99	140	125	128
12	99	137	123	128
13	98	145	132	135
14	98	144	132	131
15	98	138	122	126
16	98	134	125	130
17	98	132	120	125
18	97	147	127	132
19	97	142	131	129
20	97	137	124	127
21	97	133	122	123
22	67	140	126	122
23	97	135	125	120
24	96	146	134	133
25	96	139	129	126
26	96	143	124	129
27	96	136	124	120
28	96	130	123	123
29	96	136	125	127
30	94	134	124	125
31	94	141	127	130
32	93	133	121	123
33	93	140	123	136
34	91	139	133	120
35	91	146	128	125
36	90	141	129	133
37	90	140	123	123
38	89	140	124	127
39	88	137	124	120

Bassins de forme normale.

NUMÉROS	CONJUGUÉ VRAI	TRANSVERSE	OBLIQUE DROIT	OBLIQUE GAUCHE
1	125 mm	150 mm	142 mm	144 mm
2	120	144	133	138
3	119	142	133	132
4	117	150	136	140
5	115	143	134	137
6	114	140	127	131
7	113	145	133	137
8	112	141	130	134
9	112	140	130	127
10	111	144	131	131
11	111	144	134	134
12	111	144	133	138
13	110	133	124	124
14	109	141	135	129
15	109	140	130	130
16	109	140	121	124
17	109	136	125	126
18	108	142	133	136
19	108	131	119	127
20	108	133	118	126
21	108	134	123	127
22	107	141	133	128
23	107	136	127	128
24	107	133	123	125
25	107	140	126	128
26	107	135	127	129
27	105	137	127	127
28	103	132	128	122
29	103	137	122	124
30	103	138	126	130
31	103	135	126	127
32	103	132	113	117
33	102	136	127	129
34	102	130	123	119
35	101	128	118	123
36	100	133	125	125
37	93	122	115	114
38	93	126	121	122
39	89	126	117	117

Bassins à prédominance du sacro-pubien.

NUMÉROS	CONJUGUÉ VRAI	TRANSVERSE	OBLIQUE DROIT	OBLIQUE GAUCHE
1	129mm	137mm	131mm	130mm
2	128	138	126	131
3	127	144	139	140
4	127	132	126	131
5	125	136	134	131
6	125	132	124	127
7	122	139	130	130
8	122	140	128	133
9	117	135	131	129
10	117	124	125	126
11	117	134	129	127
12	116	138	131	128
13	116	134	126	126
14	115	126	119	123
15	114	136	129	127
16	113	137	127	129
17	112	130	123	128
18	106	126	124	117
19	105	123	116	116
20	105	123	114	119
21	105	125	120	115
22	105	122	117	116

Congrès International de Genève 1896, nous donne 32,5 p. 100 de bassins de forme aplatie dans la région lyonnaise).

6° 23 fois sur 100 se trouve le bassin à sacro-pubien dominant.

7° Enfin, comme formes rares, le bassin circulaire (4 p. 100) et le bassin oblique dominant (2 p. 100).

L'étude précédente a eu pour but d'envisager les variations des différents diamètres les uns par rapport aux autres et les modifications de ces rapports. Nous avons vu qu'elle a abouti en somme à 4 types.

1° Le bassin de type normal.

2° Le bassin aplati à S. P. réduit (ordinairement à transverse dominant).

3° Le bassin à sacro-pubien dominant.

4° Le bassin circulaire.

La forme à oblique dominant est tout à fait exceptionnelle et accessoire. Nous allons maintenant envisager les variations quantitatives de chacun des diamètres cardinaux envisagés isolément.

VARIATIONS DU SACRO-PUBIEN. — L'échelle dans laquelle se meut ce diamètre est assez étendue. Elle s'étend depuis 9 cent.6, limite inférieure au-dessus de laquelle le bassin est rétréci, jusqu'à 13,1 qui occupe le point culminant, c'est donc dans une large zone de 3 cent. 5 que peut varier le conjugué vrai dans les bassins suffisants. Le tableau suivant va nous en rendre compte millimètre par millimètre et nous conduire à d'autres conclusions.

Bassins suffisants.

VARIATIONS DU SACRO-PUBIEN

DIMENSIONS PETITES			DIMENSIONS MOYENNES				DIMENSIONS GRANDES			
Dimensions du Sacro-pubien	NOMBRES		Dimensions du Sacro-pubien	NOMBRES			Dimensions du Sacro-pubien	NOMBRES		
96	6		101	1			111	3		
97	6		102	5			112	3		
98	5	22	103	5	18		113	2	12	
99	3		104	2			114	2		
100	2		105	5			115	2		
						39				
			106	1			116	3		
			107	8			117	3		
			108	5	21		119	1	8	33
			109	5			120	1		
			110	2						
							122	2		
							123	1		
							124	1		
							125	3	12	
							127	2		
							128	1		
							129	1		
							130	1		
							131	1		

Ce tableau nous montre que, si nous partons du point de départ anatomique classique qui est 10,5 et si nous joignons les bassins qui varient de 5 millim. au-dessus et au-dessous dans une même classe, nous voyons que 39 fois seulement sur 94 bassins le sacro-pubien a de 10 à 11 cent., soit dans 42 p. 100 des cas. Il en résulte par conséquent que dans le reste des bassins, soit 55 sur 94 ou 58 p. 100 le sacro-pubien est plus grand que 10 (23 p. 100) ou plus grand que 11 (36 p. 100).

On comprend facilement, à la seule inspection de ces chiffres, combien il est difficile de fixer la valeur du sacro-pubien dans les bassins suffisants et combien il est vain de chercher à la fixer par des moyennes. Celles-ci varient d'ailleurs avec chaque auteur et même pour un auteur donné avec chaque série de bassins (Barnes, Schröder, Litzmann).

Bassins suffisants.

VARIATIONS DU TRANSVERSE

DIMENSIONS PETITES			DIMENSIONS MOYENNES				DIMENSIONS GRANDES			
Dimensions du Transverse	NOMBRE		Dimensions du Transverse	NOMBRE			Dimensions du Transverse	NOMBRE		
122	1		131	1			141	3		
123	2		132	5			142	3		
124	1		133	5	20		143	5	21	
125	2		134	5			144	6		
126	2	15	135	4			145	4		
127	1					50				29
128	2		136	8			146	1		
130	4		137	6			147	1		
			138	4	30		150	3		
			139	4			151	1	8	
			140	8			152	1		
							165	1		

On voit que, comme points extrêmes, elles sont encore plus étendues que celles du sacro-pubien puisqu'elles s'étendent

du minimum 12 centim. 2 jusqu'au maximum 16,5, c'est-à-dire 4 cent. 3. Mais si nous examinons les chiffres de plus près et si, comme nous l'avons fait pour le sacro-pubien, nous groupons les bassins qui oscillent de 5 millim. en plus ou en moins autour du chiffre du bassin normal type, soit 13,5, on voit que 50 bassins sur 94 rentrent dans cette classe, soit 53 p. 100. Pour le reste, les 2/3 dépassent ce chiffre, un tiers seulement tombe au-dessous. On voit donc que le transverse est un diamètre en somme un peu plus fixe que le sacro-pubien avec lequel il varie souvent d'ailleurs en sens inverse, car les bassins à transverse réduit sont souvent des bassins à grand sacro-pubien et inversement.

Ici encore les écarts des auteurs sont considérables dans l'appréciation des moyennes, plus encore peut-être que pour le sacro-pubien.

Les chiffres de Litzmann en particulier présentent des écarts considérables. On peut facilement les interpréter.

D'abord les mensurations prises à Kiel et à Erlangen portent sur un chiffre trop peu considérable de bassins, cinq à peine.

Il est possible en outre qu'il existe des différences ethniques marquées entre les femmes de ces diverses régions.

L'étude des variations des deux précédents diamètres démontre que les chiffres adoptés par les classiques sont trop faibles pour une légère majorité des bassins, puisque pour le sacro-pubien 57 p. 100 dépasse ce chiffre de 10,5 et pour le transverse 62 p. 100 celui de 13,5. Ils sont trop faibles encore si on les rapporte à la moyenne de nos chiffres qui est de 10 centim. 85 pour le sacro-pubien et de 13 centim. 75 pour le transverse. Nous ne saurions donner d'ailleurs à ce fait une importance après ce que nous avons dit de la valeur des moyennes dans ces appréciations. C'est une simple remarque que nous faisons. Mais il n'en est pas tout à fait de même dans l'appréciation de la valeur de l'oblique dont nous allons étudier maintenant les variations, qui sont résumées dans le tableau suivant.

Bassins suffisants.

VARIATIONS DES OBLIQUES

DIMENSIONS PETITES				DIMENSIONS MOYENNES				DIMENSIONS GRANDES			
Dimensions de l'oblique	NOMBRE			Dimensions de l'oblique	NOMBRE			Dimensions de l'oblique	NOMBRE		
113	3			126	15			136	3		
114	1	5		127	20			137	3		
115	1			128	13	70		138	3	13	
				129	11			139	1		
116	3			130	11			140	3		
117	3						112				18
118	2	16	58	131	16			141	1		
119	4			132	5			142	1	5	
120	4			133	10	42		144	1		
				134	8			150	2		
121	1			135	3						
122	5										
123	10	37									
124	11										
125	10										

Faisons remarquer que dans ce tableau nous avons mis de parti pris les obliques de 12 à 12,5 dans les dimensions petites. Les obliques de 13 à 13,5 sont en effet notablement plus fréquents et méritent donc d'être réunis à ceux de 12,5 à 13 qui donnent le chiffre le plus élevé.

Ce tableau nous montre que les obliques oscillent de 11,3 à 15, soit dans des limites de 3 centim. 7. Mais obliques au-dessous de 12 et au-dessus de 13,5 forment un faible groupe et c'est en somme entre 12 et 13,5 que l'on trouve plus des trois quarts des obliques. Les seuls obliques entre 12,5 et 13 forment plus du tiers et, compris entre ces limites de 12 à 13,5, l'oblique semble donc former le diamètre relativement le plus fixe du bassin.

L'examen de ces chiffres nous montre encore que le chiffre de 12 centim. adopté par les classiques pour l'oblique est trop faible. Nous voyons en effet que 21 fois seulement sur

188 obliques, ce diamètre est égal ou inférieur à 12 centim. et comme nous l'avons déjà fait remarquer c'est entre 12 et 13,5 qu'il oscille ordinairement, les obliques entre 12,5 et 13 constituant la classe la plus importante. C'est donc non seulement au-dessus de 12 mais même de 12,5 que l'oblique se trouve le plus souvent. La moyenne générale elle-même arrive au même résultat et nous donne comme valeur de l'oblique 12 centim. 79 qui est beaucoup plus près de 13 que de 12.

Si nous comparons ce chiffre à ceux que donnent les divers auteurs comme moyennes, nous voyons que l'oblique dans la région lyonnaise présente de grandes dimensions.

Nægele et Grenser.............	12 centim.
Playfair........................	12,2
	12,25 (Erlangen)
Litzmann	12,71 (Bonn)
	13,4 (Kiel)
Schröder.......................	12,53 à 12,69
Barnes.........................	12,7

L'étude de ces variations isolées montre donc :

1° Que d'une façon générale les dimensions des diamètres sont un peu supérieures aux données classiques.

2° Que l'établissement d'une moyenne (tout en rappelant que celle-ci n'a qu'une valeur relative) nous donne comme formule.

Sacro-pubien.........................	10,85
Transverse...........................	13,75
Oblique..............................	12,79

De l'asymétrie dans les bassins suffisants.

C'est un fait reconnu depuis longtemps que les bassins normaux sont fréquemment asymétriques. « Presque toujours, dit Schröder, on y rencontre des asymétries. Barnes

reconnaît que la moitié droite du bassin est ordinairement un peu plus large que la gauche, ce qui tient pour lui au plus grand développement des muscles du côté droit et influe probablement sur la fréquence des positions obliques droites, c'est aussi l'opinion de Nægele et Grenser, Lusk.

Cette dissymétrie du bassin normal a fait l'objet d'un travail de M. le professeur agrégé Jaboulay, de Lyon (*Prov. médicale*, 1891). Il conclut de son étude que dans tout bassin normal, en dehors de toute déviation de la colonne, le bassin est asymétrique et que cette asymétrie se traduit par un allongement de l'oblique gauche (1er type) et plus rarement de l'oblique droit (2e type). Il en rapporte la cause aux courbures latérales normales de la colonne.

Nous avons repris l'étude de cette question au point de vue purement anatomique. Nous laisserons donc dans l'ombre le côté pathogénique. Mais nous devons faire remarquer que l'on sait tenir compte dans l'appréciation de l'asymétrie non seulement de la différence des obliques, mais aussi des sacro-cotyloïdiennes qui est aussi importante sinon plus que celles des obliques.

Fréquence de l'asymétrie. — L'asymétrie se manifeste par l'inégalité des obliques seuls, ou des sacro-cotyloïdiennes seules ou des deux réunis. Les bassins rigoureusement symétriques, c'est-à-dire dans lesquels les obliques et les sacro-cotyloïdiennes sont égaux deux à deux sont exceptionnels. Nous en trouvons seulement 5 sur 94, soit un peu plus de 5 p. 100. Mais à côté de ces bassins rares à symétrie parfaite il en est d'autres où l'on ne note qu'une différence insignifiante entre les diamètres déterminant l'asymétrie, obliques ou sacro-cotyloïdiennes. Cette différence ne dépasse pas 1 millimètre sur un seul ou sur les deux diamètres.

11 bassins rentrent dans cette catégorie sur 94, soit près de 12 p. 100.

A côté de ces bassins parfaitement symétriques ou à asymétrie insignifiante, nous pouvons faire deux autres classes : la première asymétrie légère, comprend des bassins où la dif

férence des diamètres s'étend de 2 à 5 millim. La seconde asymétrie forte où cette différence excède 5 millim.

1° Asymétrie légère, ces bassins constituent la majorité, 52 sur 94, soit plus de la moitié, environ 55 p. 100. Il est bien entendu que nous comprenons dans cette classe toutes les asymétries, qu'elles soient dues à l'inégalité des obliques seuls ou des sacro-cotyloïdiennes seules ou des deux à la fois. De même pour la classe suivante.

2° Asymétrie forte 26 sur 94, soit près de 28 p. 100. Il est rare que cette asymétrie devienne très forte, c'est-à-dire que la différence des diamètres atteigne 10 millim. ou dépasse ce chiffre (3 fois seulement). Le maximum que nous avons trouvé est de 12 millim. Ces asymétries très fortes lorsqu'elles se produisent sur de grands bassins (et c'est le cas ordinaire) ne rendent pas le diamètre réduit inutilisable et le bassin asymétrique est cependant encore suffisant.

Si nous classons maintenant ces classes suivant leur fréquence décroissante, nous trouvons :

1°	Asymétrie	légère..................	52 fois	
2°	—	forte....................	26 —	
3°	—	insignifiante............	11 —	
4°	—	nulle....................	5 —	16

Mode de production de l'asymétrie. — Nous avons déjà énoncé au début de ce chapitre que l'asymétrie pouvait se manifester numériquement de trois façons :

1° Par inégalité des obliques seuls;

2° Par inégalité des sacro-cotyloïdiennes seules;

3° Par inégalité simultanée de ces diamètres pris deux à deux.

Pratiquement les deux premiers modes de formation sont rares, même en faisant rentrer dans cette classe des bassins où la réduction de l'un des deux diamètres sans être égale à 0 est insignifiante, c'est-à-dire égale à 1.

Les chiffres suivants le démontrent.

1° Obliques seuls inégaux................ 14
2° Sacro-cotyloïdiennes seules inégales.... 6
3° Obliques et sacro-cotyloïdiennes inégales
à la fois........................... 58

Exceptionnellement les deux premières classes renferment des asymétries fortes, 3 fois seulement la différence entre les diamètres obliques atteint 5 millim. avec des sacro-cotyloïdiennes égales ou à peu près et une fois elle atteint 7 dans une asymétrie due à la seule différence des sacro-cotyloïdiennes.

Donc le plus ordinairement l'asymétrie est due à une différence de longueur portant à la fois sur les obliques et les sacro-cotyloïdiennes. Mais la réduction de ces diamètres est loin de se faire toujours sentir également sur l'un et sur l'autre.

Tantôt elle porte surtout sur les sacro-cotyloïdiennes, tantôt sur les obliques principalement, tantôt enfin il y a égalité. Ces différences, bien entendu, peuvent être plus ou moins accentuées, il y a parfois de simples nuances et on peut en somme trouver toute une série d'intermédiaires entre les points extrêmes. Si on s'en tient au rigorisme des chiffres, voici comment on peut les classer :

1° Réduction égale .... 4 fois
2° — prédominante sur l'oblique...... 18 —
3° — — — la sacro-cotyloïdienne........ 36 —

Il semble donc à l'examen de ces chiffres que les sacro-cotyloïdiennes jouent le rôle prépondérant dans la production de l'asymétrie.

Quels sont les diamètres le plus souvent réduits, les gauches ou les droits?

M. Jaboulay affirme que c'est ordinairement l'oblique droit, le gauche l'emportant de quelques millimètres sur le droit. Le fait est vrai d'une façon générale, mais il est assez fréquent de voir prédominer le diamètre oblique droit et la

sacro-cotyloïdien droite et cela dans une notable proportion comme le montrent les chiffres suivants :

L'oblique gauche est plus grand				48	fois
— droit	—	—		23	—
La sacro-cotyloïdienne gauche est plus grande				41	—
—	— droite	—	—	22	—

Il y a donc là un rapport d'environ 1 sur 2 qui se trouve aussi bien pour les obliques que les sacro-cotyloïdiennes.

Autrement dit, dans les deux tiers des cas, c'est l'oblique gauche et la sacro-cotyloïdienne gauche qui sont dominants, et dans l'autre tiers les diamètres droits.

D'une façon générale et presqu'absolue, c'est toujours l'oblique et la sacrocotyloïdienne de même nom qui sont réduites en même temps, c'est-à-dire que (dans les bassins à asymétrie combinée) lorsque l'oblique droit est réduit, c'est la sacro-cotyloïdienne droite qui est réduite en même temps. Deux fois seulement cette règle nous a offert une exception où l'oblique d'un côté était réduit et la sacro-cotyloïdienne de nom contraire réduite également.

Nous pouvons donc conclure ;

1° Que les bassins suffisants sont très fréquemment asymétriques (plus de 80 p. 100 des cas) ;

2° Que cette asymétrie est ordinairement légère (55 p. 100 des cas) ;

3° Que cette asymétrie se traduit le plus souvent par la réduction d'un des obliques combinée à celle de la sacro-cotyloïdienne de même nom ;

4° Que, habituellement (dans les deux tiers des cas), c'est le diamètre oblique droit et la sacro-cotyloïdienne droite qui sont réduits ;

5° Que la différence des sacro-cotyloïdiennes semble être prépondérante dans l'évaluation de l'asymétrie.

En dehors des conclusions particulières que nous avons énoncées au cours de ce mémoire, il en est d'autres plus générales que nous désirons exposer.

Lorsque l'on considère dans un coup d'œil d'ensemble tous les bassins que nous avons réunis, un fait frappe tout d'abord, c'est à savoir combien de variétés et de nuances se dessinent dans les différentes classes de groupement de ces bassins et combien il est souvent difficile de saisir le point exact de passage d'une classe à l'autre. Que ce soit entre les bassins rétrécis et les bassins suffisants, que ce soit entre les diverses classes de ces deux grands groupes, toujours on trouve une gradation insensible qui conduit de l'une à l'autre. Il y a donc là entre le bassin rétréci et le bassin normal une zone assez large où viennent prendre place une série de bassins intermédiaires, et l'on pourrait créer comme une vaste échelle où par transitions insensibles on pourrait passer des formes les plus viciées aux formes les plus parfaites et les mieux adaptées à l'acte de la parturition. Il y a donc en somme entre le bassin rétréci et le bassin suffisant de nombreux points de contact et on arrive à cette conviction que les rétrécissements du bassin sont loin d'être toujours des manifestations du rachitisme. Certains de ces rétrécissements ne sont que des exagérations pures et simples de formes normales. Si nous prenons le bassin aplati pur, nous trouvons tous les intermédiaires entre les formes les plus prononcées et le grand bassin aplati.

Il y a donc, et nous croyons l'avoir démontré au cours de ce travail, une véritable tendance à la forme aplatie pour les bassins de la région lyonnaise. Rappelons que rien que les bassins suffisants nous en donnent une proportion de 30 p. 100 et si nous faisons la proportion totale en y joignant les bassins rétrécis aplatis purs, celle-ci s'élève à 32,5 p. 100. C'est-à-dire qu'il y a un bassin de forme aplatie sur trois. Mais disons encore que cette grande classe de bassins de forme aplatie se relie aussi par des degrés insensibles à celle des bassins de forme moyenne, laquelle s'unit à son tour par divers échelons aux bassins à sacro-pubien dominant, qui sont déjà plus rares, pour arriver encore par transition lente aux bassins circulaires qui sont des exceptions.

Cette donnée du passage graduel d'une classe à l'autre nous la retrouvons encore dans les bassins petits. Ces bassins petits et suffisants se relient par des chaînons de transition aux bassins moyens d'une part et aux bassins généralement rétrécis d'autre part. Nulle limite précise qui soit réelle, aucune borne véritablement naturelle. Il faut pour différencier ces classes les enfermer dans les limites d'une donnée numérique purement conventionnelle établie sur l'observation clinique.

Pouvons-nous, maintenant, chercher à établir quel est le type ethnique du bassin dans la région lyonnaise ?

Déjà au cours de nos recherches, les chiffres nous ont appris que souvent ces bassins présentent de grandes dimensions. Voilà donc déjà une première donnée.

Les bassins de la région lyonnaise sont souvent des bassins grands. Mais leur forme ? Souvent, il est vrai, elle avoisine la forme type normale, mais cette proportion n'atteint pas, en se basant sur le chiffre total, la moitié des cas et le reste se partage entre le bassin aplati et le bassin à sacro-pubien dominant. Or, le bassin aplati l'emporte très notablement sur le second, et comme nous l'avons dit tout à l'heure, en dehors de la forme normale, c'est le bassin aplati qui se place immédiatement au second rang. Cet aplatissement du bassin, qu'on a trop de tendance à regarder comme pathologique, est peut-être un indice du type ethnique du bassin lyonnais. Il est certain que dans une grande ville les différents types de races se trouvent mélangées et croisées et ce fait doit nous mettre en garde contre des conclusions trop absolues. Mais si dans une race, les caractères morphologiques du crâne sont, en anthropologie, de la plus haute importance ; si tel peuple a le crâne allongé et tel autre le crâne court et ce caractère se manifestant et persistant à travers les générations tout en s'atténuant chez un certain nombre de sujets de cette race par l'effet des croisements, pourquoi n'en serait-il pas de même du bassin ? Pourquoi n'y aurait-il pas une forme

donnée héréditaire de bassin dans une race. Une ceinture osseuse comme le bassin, destinée à un acte aussi important que celui de la parturition et par conséquent de la perpétuation de la race doit avoir évidemment des caractères ethniques donnés. Des études antérieures l'ont démontré. Il est difficile de retrouver au milieu des croisements inconnus et des origines souvent incertaines de bassins recueillis sur les tables d'un amphithéâtre, ce type ethnique primitif. Mais cette fréquence de l'aplatissement du bassin en dehors de toute manifestation pathologique, rachitique ou autre, nous a frappé. Peut-être est-ce le vestige du type ethnique et le fait est bien digne d'attirer l'attention.

La comparaison avec les différents types du bassin dans d'autres régions et dans d'autres races pourra seule permettre une affirmation plus précise.

REVUE GÉNÉRALE

I. DU CHLORURE DE ZINC EN THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE. — II. DE LA RÉGÉNÉRATION DE LA MUQUEUSE DE L'UTÉRUS

(HOFMEIER, BRÖSE, DÜHRSSEN, SÆNGER, JUNG.)

Par le D[r] **R. Labusquière.**

I. — DU CHLORURE DE ZINC EN THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE

Au passif de l'usage, en thérapeutique intra-utérine, des solutions concentrées (à 50 p. 100) de chlorure de zinc, HOFMEIER relate le fait suivant :

OBS. — Une femme de 21 ans, non mariée, était, depuis longtemps, atteinte de troubles dyspeptiques, d'accidents nerveux, de leucorrhée. Pour ces accidents, elle fut, plusieurs semaines, traitée

par un médecin, traitement médicamenteux d'abord, puis injections de permanganate de potasse, de teinture d'iode. Le traitement restant sans résultat, le médecin fit, chez lui, à la malade, le 23 mars 1895, à 8 heures du soir, une injection avec une solution à 50 p. 100 de chlorure de zinc, traitement dont il aurait, peu avant, obtenu d'excellents résultats chez une autre femme. L'injection fut faite avec une seringue en métal, longue de 6 centimètres, remplie, dit-on, au tiers et pourvue d'une canule supplémentaire, métallique, extrêmement fine. La seringue aurait été introduite sans dilatation préalable du col, puis l'injection faite, le médecin aurait eu la précaution de réaspirer le liquide avant d'enlever l'instrument. Immédiatement après l'injection, la femme fut prise de vives douleurs abdominales, au point qu'elle dut séjourner un certain temps chez le médecin qui lui fit prendre de la teinture d'opium. Les douleurs un peu calmées, elle revint, à pied, chez elle. Durant le trajet, les douleurs reparurent intolérables ; arrivée chez elle, elle se laissa choir de douleurs : *vomissements, tuméfaction du ventre, décoloration du visage, affaiblissement du pouls* et, en dépit des analeptiques employés, *mort* à 8 heures et demie, soit 12 heures à peine après l'injection.

Les obsèques eurent lieu, mais la femme fut exhumée aux fins *d'autopsie médico-légale* qui eut lieu le 13 avril, soit 20 jours après la mort. *Autopsie*. Dans la partie inférieure de la cavité abdominale, environ 100 grammes de liquide rougeâtre, un peu trouble. Au péritoine, dans sa portion inférieure et antérieure, réplétion considérable du réseau vasculaire ; épiploon, chargé de graisse, très rouge dans sa partie inférieure par suite d'une hyperhémie intense, gros intestin également très rouge, surface des anses de l'intestin grêle le plus profondément situées, trouble. Utérus dans sa situation normale, un peu dévié à gauche ; trompe gauche légèrement coudée, trompe droite dans sa disposition normale autour de l'ovaire droit. Rien d'anormal dans les culs-de-sac péritonéaux en avant et en arrière de la matrice. Au niveau du cul-de-sac de Douglas, quelques faibles adhérences, pas de pus, pas de caillots. Revêtements séreux de l'utérus, de ses ligamenis et des oviductes, hyperhémiés et troubles. Utérus grossi environ de moitié ; tissu criant sous le scalpel et de coloration jaune rouge. Muqueuse de l'utérus transformée en une eschare grise, comme graisseuse, se laissant facilement décortiquer. Muqueuse de la trompe droite lisse,

brillante, sans aucune apparence d'eschare, de coloration gris-bleu à son extrémité externe, sans adhérences. Ovaire droit un peu gros avec un follicule rupturé. Trompe gauche ouverte à sa racine, plus étroite au niveau de son point de coudure, bien libre dans sa portion externe. Muqueuse lisse, brillante, sans eschare. Dans l'ovaire gauche, kyste de la grosseur d'un pois. Orifice du vagin et vagin pâles, sans traces d'ulcère ; de l'orifice externe du col s'échappe (avant ouverture de l'utérus) une masse brun-jaune adhérente, onctueuse.

Tel est le fait rapporté par Hofmeier (1). Pour lui, *il n'est pas douteux que cette femme est morte, dans les douze heures, d'une péritonite aiguë provoquée par l'injection dans la cavité utérine d'une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100.*

***

D'après Hofmeier, il faut incriminer deux choses : 1° la solution médicamenteuse employée, 2° la manière dont on s'en est servi.

1° *Solution concentrée de chlorure de zinc.* — A son avis, la solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 doit être absolument déconseillée. Elle possède une puissance caustique extrême, dont on n'a sûrement pas besoin. De plus, qu'elle comporte des dangers mortels, le fait précédent le prouve. Il ressort nettement de la relation nécropsique que l'action caustique s'est rapidement étendue, à travers la paroi utérine, au péritoine et a provoqué la péritonite mortelle. Peut-être, l'issue fatale a-t-elle été à un certain degré favorisée par la nécessité où s'est trouvée la femme de regagner à pied son domicile? Il est également permis, en raison des symptômes généraux observés, de s'arrêter un instant à l'idée d'une *action toxique* du médicament. Mais, sur des effets de cette nature attribuables au chlorure de zinc, nos connaissances sont nulles. Quoi qu'il en soit, Hofmeier prend

(1) *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 4, p. 301.

quelque peu à partie les auteurs qui recommandent des moyens aussi dangereux, et parle de la part de reponsabilité qui leur incombe dans les accidents que ces moyens comportent; il cite en particulier le « *Vademecum* » de gynécologie de Dührssen, tout en soulignant, toutefois, que ce dernier recommande expressément « d'introduire, immédiatement après l'injection modificatrice, le cathéter laveur afin d'entraîner l'excès du caustique », et aussi, dans le cas de cautérisations successives, de ne se servir de la sonde de Braun qu'au domicile de la malade et d'user de la sonde de Playfer avec la précaution de faire un lavage de l'utérus avant et après la cautérisation, toutes les fois qu'il s'agit de malades qui vont et viennent. C'est probablement parce qu'ils emploient la sonde de Playfer et qu'une bonne partie du caustique se perd sur le col, qu'il n'en entre en tout cas qu'une minime quantité dans la cavité utérine, que les auteurs qui conseillent ces solutions concentrées de chlorure de zinc, n'ont pas eu à enregistrer d'accidents sérieux de leur emploi.

2° *Mode d'emploi.* — Il faut que l'instrument dont on se sert soit bien approprié. Dans le cas précédent, la canule métallique qui se fixait sur la seringue créait, par son extrême finesse, un réel danger. De tels instruments peuvent en effet, malgré une étroitesse marquée du col, être portés dans l'utérus ; ils permettent bien d'injecter les liquides modificateurs dans la cavité utérine, mais, malheureusement, sans que le libre reflux de ceux-ci soit assuré ; or, c'est une condition essentielle que ce reflux soit assuré et qu'en conséquence le col présente un certain degré de dilatation. Cette dilatation, il suffit en général pour l'obtenir de pratiquer avant la cautérisation un lavage de l'utérus, lavage qui, en outre, a l'avantage, en entrainant les produits de sécrétion (pus, mucus, sang) éventuellement retenus dans la matrice, d'assurer le contact de l'agent médicamenteux avec la muqueuse qu'il s'agit de modifier. Mais il ne faut pas oublier que ce liquide préalablement injecté dont il restera

toujours une certaine quantité, si faible soit-elle, dans l'utérus, aura pour effet de diluer les solutions caustiques, et qu'on doit, en conséquence, tenir compte de cette donnée pour régler le titre de ces solutions (1). On doit également choisir un liquide de lavage qui ne risque pas de modifier les qualités chimiques de l'agent modificateur employé.

Comme conclusion, Hofmeier pense, que pour obtenir du traitement intra-utérin une action réelle, il faut employer des solutions assez concentrées, et qu'à condition d'entourer l'intervention des précautions nécessaires, on peut s'en servir sans danger. Que, toutefois, les solutions concentrées de chlorure de zinc comportent de trop grands *alea*. Que dans les cas de processus inflammatoires intéressant les annexes de l'utérus, il faut, notion commune, s'abstenir, mais, qu'assez souvent, il est fort difficile, sans narcose préalable, de reconnaître certains de ces états pathologiques. Que le

(1) La pratique d'Hofmeier est la suivante : Comme instrument, il se sert d'une seringue de Braun légèrement modifiée, en caoutchouc vulcanisé d'une contenance de 5 grammes, pourvue à son extrémité d'un orifice central et de plusieurs orifices latéraux et d'une canule terminale *pas trop fine* (point important comme il est dit plus haut). Avant l'injection caustique, l'utérus est lavé avec une solution de lysol ou phéniquée à 1 p. 100. Quand ce lavage n'amène pas une dilatation suffisante du col, condition indispensable, il est procédé à cette dilatation avec un cathéter en cuivre de Schrœder. Le lavage effectué, il suffit en général d'attirer légèrement le col, pour introduire la canule de la seringue. Cela fait, l'injection est poussée lentement, et l'on a soin, au cours de l'intervention, d'irriguer le vagin afin d'empêcher des brûlures inutiles de cet organe. Comme caustique, Hofmeier emploie, depuis longtemps, une solution alcoolique, phéniquée, forte : acide phénique 20, alcool 80, qui semble avoir été toujours parfaitement tolérée. A ce point, qu'avant toute myomotomie, il s'en sert, systématiquement, pour réaliser l'antisepsie de la cavité utérine. Il l'a également employée dans l'endométrite puerpérale, après lavage de l'utérus, en raison de la puissance bactéricide et de pénétration de l'alcool. Il note que plusieurs femmes, très intelligentes, lui ont assuré avoir ressenti les effets habituels de l'alcool sur l'organisme à la suite de semblables injections. Dans la pratique ordinaire, il tient pour inutile d'effectuer, la cautérisation une fois faite avec cette solution, un lavage évacuateur.

danger, à son jugement, n'est pas dans la quantité du liquide employé, mais dans le déplacement de l'utérus indispensable pour l'introduction de la sonde. Déplacement qui doit être aussi grand quand il s'agit de l'application de tiges intra-utérines. Somme toute, ce n'est ni l'emploi de la seringue de Braun, ni l'introduction de grandes quantités de liquide médicamenteux qui créent le danger; *ce danger réside dans l'emploi défectueux de médicaments non appropriés.*

***

Quelle a été la cause de la mort dans le cas cité par Hofmeier, Brőse estime qu'il est impossible de l'affirmer. *Péritonite?* L'autopsie a été faite trop tard après le décès pour permettre de poser formellement ce diagnostic. *Effet toxique?* Les phénomènes observés sont assez favorables à cette idée. Bröse tient de Bokëlmann un fait dans lequel l'injection intra-utérine, 5 jours après un curettage, d'une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 fut suivie immédiatement de collapsus, d'évanouissement, d'intermittence et de disparition du pouls. Les phénomènes de collapsus se prolongèrent plusieurs heures au bout desquelles la femme se rétablit. Cet ensemble symptomatique éveillait bien l'idée d'une intoxication et il est permis de rapprocher ces accidents des symptômes généraux observés à la suite de l'injection intra-utérine de solutions alcooliques signalés par Hofmeier. Mais quelle que soit la cause de la mort, *Bröse, comme Hofmeier, se prononce formellement contre les injections intra-utérines, avec la seringue de Braun, de solutions concentrées de chlorure de zinc* (50 p. 100).

Mais, contrairement à Hofmeier, il n'innocente pas aussi complètement la seringue de Braun, ni, en général, l'injection dans l'utérus de grandes quantités de liquide. Il a vu jadis à la clinique de Schrœder des accidents périmétritiques survenir après l'injection utérine, même de teinture d'iode,

précédée pourtant de la dilatation du col avec les sondes de Schrœder et d'un lavage désinfectant. Il n'écarte pas non plus aussi complètement qu'Hofmeier la possibilité de la pénétration d'une certaine quantité de liquide dans le péritoine ; Landau a cité une observation où, à la suite d'une injection d'acétate de plomb, la femme mourut et où l'autopsie permit de démontrer la présence de ce sel dans le péritoine. Mais s'il rejette la seringue de Braun, il ne saurait renoncer aux avantages considérables du chlorure de zinc, qu'il emploie avec la sonde de Playfer, d'après les indications données en premier lieu par Rheinstädter. Le *chlorure de zinc* est un *topique remarquable contre l'endométrite catarrhale*, qu'il a employé des centaines de fois, sans aucune conséquence fâcheuse. L'opinion d'Hofmeier que le chlorure de de zinc porté avec la sonde de Playfer entourée d'ouate se perd en grande partie sur le col, qu'il n'en entre qu'une insifiante partie dans l'utérus, est incorrecte. Quand il s'agit d'un processus localisé au col, et qu'on se borne à toucher la muqueuse cervicale, la femme ne souffre pas. Mais, quand on porte le caustique dans la cavité utérine, l'intervention est suivie de fortes coliques qui peuvent se prolonger des heures, sans toutefois atteindre à l'intensité où elles arrivent après les injections avec la seringue de Braun. D'autre part, il suffit d'appliquer la sonde retirée sur la moindre érosion de la peau pour se convaincre immédiatement, d'après la douleur ressentie, que l'action intra-utérine du topique n'est pas illusoire, bien loin de là !

Il est clair qu'il faut s'abstenir de ces interventions dans le cas des phlegmasies des annexes de l'utérus. Également *a*) avant d'y procéder, faut-il s'être renseigné sur la direction de la cavité cervico-utérine, *b*) et, d'autre part, doit on espacer les cautérisations suffisamment (huit jours environ). Enfin, suivant Bröse, il ne faut pas se hâter par la seule raison qu'on a fait le diagnostic de leucorrhée, de porter le caustique dans la cavité utérine : *contre la leucorrhée, et surtout quand il s'agit de gonorrhée, se borner en général à*

traiter le col. Si, après quelques semaines, on n'a pas de résultat, alors seulement, et après épreuve avec le tampon de Schultze et examen de la sécrétion, cautériser la cavité utérine.

Si, comme Hofmeier, Bröse reconnaît que dans le cas précédent le chlorure de zinc a été employé d'une façon défectueuse, il ne saurait comme lui admettre que le médicament n'était pas approprié (1).



En premier lieu, DÜHRSSEN se défend de n'avoir pas précisé de façon très formelle les précautions qu'exige l'usage en injection intra-utérine des solutions concentrées (à 50 p. 100) de chlorure de zinc, savoir : lavage avant et après. Comme Hofmeier, il estime que le lavage préalable a cet avantage, considérable, de contribuer à dilater le col et, ainsi, d'assurer le facile retour du caustique, condition capitale. D'ailleurs, pour être plus sûr d'avoir une dilatation suffisante, il a coutume depuis nombre d'années de tamponner, un jour avant celui de la cautérisation, l'utérus avec de la gaze iodoformée, précaution qui a pour résultat de réduire au minimum les douleurs possibles après la cautérisation.

Quant à l'appréciation d'Hofmeier que le chlorure de zinc en solution à 50 p. 100 est un caustique défectueux, Dührssen est loin de s'y rallier. Il estime au contraire qu'elle représente un caustique de premier ordre, douée, pour le traitement de l'endométrite, d'une action curative supérieure à celle de tous les autres caustiques. Aussi, sa conclusion est-elle : *l'application intra-utérine de la solution à 50 p. 100 de chlorure de zinc est un moyen puissant de guérir l'endométrite; cette application peut être faite sans danger même avec la seringue de Braun sous la réserve que les annexes de l'utérus soient normales et que l'intervention soit entourée des précautions indispensables indiquées plus haut.*

(1) BRÖSE. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 6, p. 570.

Tout d'abord SÆNGER révise en quelque sorte le procès de la thérapeutique intra-utérine par le crayon de chlorure de zinc (méthode de Dumontpallier), non point pour la réhabiliter, mais pour, preuves à l'appui, la condamner encore plus formellement. Cette méthode n'a réussi qu'à discréditer le chlorure de zinc, qui est pourtant un agent thérapeutique de premier ordre contre l'endométrite, à condition qu'il soit judicieusement appliqué. Or, l'injection intra-utérine des solutions concentrées de chlorure de zinc (50 p. 100) est une autre façon de discréditer cet agent thérapeutique. Sänger proscrit formellement ces injections et pense, qu'au lieu de les justifier, Dührssen eût mieux fait de songer à ne plus les indiquer dans son « *Vademecum* ». Il passe ensuite à la technique qu'il a adoptée, et sur laquelle nous n'insisterons pas davantage ici, ayant eu l'occasion de la faire connaître dans une revue antérieure (1). Sänger est convaincu que le *traitement par la cautérisation intra-utérine, celle-ci faite à l'aide du porte-caustique en argent, flexible, malléable, chargée suivant les indications, soit de la solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 préconisée par Rheinstädter, soit d'autres solutions médicamenteuses* (nitrate d'argent, teinture d'iode, alcool phéniqué, itrol, argonin, etc.), *devrait être le bien commun des praticiens.* Et, d'autant mieux que le traitement est sans danger et d'application facile, ce qu'on ne saurait dire ni des injections avec la seringue de Braun ni du curettage.

II. — De la régénération de la muqueuse de l'utérus

Nous avons aussi analysé, antérieurement, un travail d'un auteur allemand, Werth, sur le processus de régénération de la muqueuse utérine après le curettage de l'utérus (2). Aujourd'hui, il s'agit d'une étude sur le même sujet,

(1) *Annales de gynécologie et d'obst.*, juillet 1896, p. 60.
(2) *Loc. cit.*, p. 65.

pour laquelle l'auteur JUNG (Breslau) a utilisé un utérus traité par la méthode de Dumontpallier, et qu'on avait dû extirper. Voici d'ailleurs, résumée, l'observation :

OBS. — B..., 43 ans ; accouchements à terme, 7 ; avortements, 4 ; dernier accouchement six années auparavant, dernier avortement un an et demi. Depuis le dernier accouchement, hémorrhagies répétées, irrégulières, qui furent traitées, et, en particulier, par plusieurs curettages. Le 17 avril 1896, curettage suivi d'une cautérisation à l'acide phénique (comme porte-caustique, tige entourée d'ouate imprégnée du topique), et tamponnement à la gaze iodoformée (le curettage avait ramené des débris abondants de muqueuse hyperplasiée). 23 avril 1896. Badigeonnage avec la tige ouatée chargée de teinture d'iode. La femme se trouvant bien, quitte l'hôpital. 22 mai 1896 ; de fortes hémorrhagies se sont reproduites qui résistent au tamponnement, aussi applique-t-on, le 23 mai, dans l'espoir de détruire toute la muqueuse malade, le chlorure de zinc suivant la pratique de Dumontpallier (chlorure de zinc, 1 partie; farine de seigle, 2; eau q. s). Col et vagin sont tamponnés avec de la gaze, de la ouate stérilisées, imbibées de solution de bicarbonate de soude. Le jour suivant, douleurs intenses qui ne sont pas apaisées par des doses massives de morphine. Le 27 mai, expulsion d'une sorte de moule de la cavité de l'utérus et du col, expulsion avec laquelle, d'un coup, cessent les douleurs. Le 6 juin, la malade quitta de nouveau l'hôpital. L'utérus est notablement réduit, la cavité cervicale, imperméable au cathéter, est oblitérée. Pas de douleurs.

1 mois et demi après, fin juillet, la femme a de nouveau des douleurs dans le ventre. Le fond de l'utérus a grossi notablement, mais le col est resté le siège d'une atrésie complète. Le 15 août, la femme, prise d'hémorrhagie profuse, rentre à l'hôpital. Un tamponnement énergique arrête le sang. 18 août, enlèvement du tampon, pas d'hémorrhagie. 5 septembre, nouvelle hémorrhagie, le tamponnement échoue. 9 septembre 1896, *hystérectomie vaginale totale;* les annexes ne sont pas extirpées. *Guérison* régulière.

L'auteur expose ensuite, soigneusement, les particularités intéressantes révélées par les examens macroscopique et microscopique de l'utérus et du séquestre utérin expulsé à

la suite de la cautérisation. A propos de ce dernier, il note que, malgré l'action intense du caustique, le tissu avait conservé son aptitude à la coloration, ce qui indique que le chlorure de zinc produit, conformément à ce qu'avait déjà observé Schæffer, non une nécrose, mais une sorte de momification des tissus. Nous nous bornerons à reproduire ici la description histologique de l'utérus.

« *Paroi du canal fistuleux.* Fin perfuis d'un millimètre, qui faisait communiquer le col atrésié avec la cavité utérine. A ce niveau, il y avait, prenant contact avec la musculaire utérine, normale, une zone de tissu connectif lâche, fin, pauvre en noyaux, avec quelques vaisseaux, à paroi fine, sans vestige d'épithélium de revêtement ou de glandes.

Cavité de fond de l'utérus. A ce niveau, se continuant avec une musculeuse normale, stroma riche en noyaux avec une néoformation glandulaire modérée. Stroma renfermant en outre dans ses lacunes, surtout vers son bord interne, indépendamment de foyers d'infiltration de petites cellules et de *vaisseaux* à contenu normal mais offrant çà et là dans leurs parois des traces de *dégénérescence hyaline*, beaucoup de sang extravasé. Partout les glandes sont tapissées par un épithélium cylindrique, haut, à une couche. Ces glandes sont très inégalement développées, en sorte que, suivant les coupes, on aperçoit un nombre très variable de tubes glandulaires. Sur certains points, existe un épithélium de revêtement, sur d'autres il fait défaut. Il présente en outre des différences morphologiques accusées, allant du type cylindrique haut au type pavimenteux. Dans les points où apparait un bord épithélial continu, il semble toujours provenir soit d'une invagination de l'épithélium de revêtement, soit d'un orifice glandulaire, et on le voit allant de son point d'origine en s'aplatissant progressivement. »

Jung résume dans les deux propositions suivantes les particularités anatomo-histologiques révélées par ces examens :

1° *Malgré une destruction en apparence complète, une régénération de la muqueuse utérine s'est opérée, bien que sur un espace limité de la cavité utérine.*

2° *Cette muqueuse présente précisément les mêmes modifications pathologiques que celle qu'elle a remplacée.*

Ici, c'est la dégérescence hyaline, et, comme conséquence de cette reproduction de l'altération pathologique primitive, le retour des hémorrhagies. En revanche, cette même observation démontre, fait important en thérapeutique intra-utérine, de quelle force de régénération, de quelle énergie vitale est doué le tissu de la muqueuse utérine qui, après des cautérisations aussi profondes, est capable, avec le peu qui reste, de refaire avec une rapidité extraordinaire ce qui a été détruit.

En ce qui concerne le *mode de reproduction de la muqueuse*, Jung, tout en se défendant d'une opinion absolue, définitive, accepte celui qui a été décrit par Werth : Il est probable que le stroma s'est renouvelé en premier lieu, puis que l'épithélium des quelques glandes épargnées s'est multiplié et développé jusqu'à la surface, d'où, débordant sur les côtés, il a constitué un épithélium de revêtement nouveau. Ce mode de reproduction expliquerait la rareté des glandes dans la muqueuse néoformée aussi bien que les différences morphologiques de l'épithélium de revêtement, allant par toutes les transitions du type cylindrique (au niveau du centre de formation) au type le plus plat (au point le plus éloigné de ce centre).

Critiquant ensuite le travail intéressant de Bossi (1) sur

(1) Bossi a étudié la reproduction de la muqueuse de l'utérus sur des utérus de chienne. Le ventre de l'animal étant ouvert, il incisait longitudinalement l'utérus, puis, la surface utérine bien mise en vue, il détruisait sur une large surface, par un vigoureux raclage au bistouri, la muqueuse, y compris les derniers restes glandulaires, jusqu'à la mise à nu complète de la musculeuse. A cette manière de faire, Werth a objecté qu'en clinique la muqueuse n'est pas détruite aussi complètement, qu'il n'y a pas donc lieu de s'étonner si, dans ces expériences, la régénération de la muqueuse a été plus tardive, si même le mécanisme de régénération peut différer de celui observé dans les conditions ordinaires de la clinique. Mais, si la première objection de Werth pouvait paraître très forte quand elle a été formulée, ne perd-elle

le même sujet, travail essentiellement expérimental, dans lequel celui-ci s'était proposé d'étudier ce processus de régénération de la muqueuse utérine, il croit, qu'en raison du peu de temps écoulé, on ne peut pas admettre l'opinion de cet auteur, au moins pour la régénération de la muqueuse humaine, que partie des glandes de la muqueuse néoformée dérivent, par une imitation du processus embryologique, de l'invagination de l'épithélium de revêtement. Au résumé, WERTH et BOSSI admettent qu'il y a d'abord régénération du stroma, et néoformation épithéliale et glandulaire aux dépens des éléments glandulaires épargnés. Mais, tandis que Bossi admet que nombre des glandes de la muqueuse néoformée dérivent de l'épthélium de revêtement néoformé, Werth condense sa manière de voir dans la formule : « *Omnis glandula e glandula* ».

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

WERTH. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 7, p. 189, et *Arch. f. Gynæk.*, 1895, Bd. XLIX, Hft. 3, p. 369. — HOFMEIER. *Monatsch. f. Geb. u. Gynæk.*, 1896, Bd. IV, Hft. 4, p. 301. — BRÖSE, DÜHRSSEN, SÄNGER. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. IV, Hft. 6, p. 570 ; 573, 575. — JUNG. *Cent. f. Gynæk.*, 1897, n° 18, p. 488.

---

pas de sa valeur et le fait, cité par Jung, ne permet-il pas de rapprocher davantage les deux séries d'observation ? Bossi pouvait-il détruire plus complètement chez des animaux la muqueuse utérine que ne l'a fait chez le sujet de l'observation de Jung le formidable engin thérapeutique imaginé par Dumontpallier, auquel Sänger reproche d'avoir commis plus de méfaits que les antéfixations vaginales de l'utérus ?

REVUE CLINIQUE

LE SÉRUM ARTIFICIEL EMPLOYÉ COMME TRAITEMENT DE LA DÉBILITÉ CONGÉNITALE

Observations prises à la Maternité de Marseille, service de M. le professeur Queirel, par Mlle Mouren, maîtresse sage-femme.

Le sérum artificiel paraît donner d'excellents résultats chez les enfants atteints de débilité congénitale. Les observations suivantes semblent le démontrer. En effet, les enfants dont nous publions les observations sont tous inférieurs comme poids à 2,300 grammes. Deux seulement dépassent ce chiffre et pèsent, l'un 2,600 grammes et l'autre 2,700 grammes; mais, si pâles et si débiles qu'ils ont dû être placés à la couveuse où ils sont restés jusqu'à leur départ (15e jour).

Observation I. — Enfant né avant terme (7 mois) et dont la mère a toujours été malade. Entrée dans le service le 22 janvier, elle a des épistaxis fréquentes, de la leucorrhée et des syncopes. Le travail se déclare le 7 février. Rupture prématurée de la poche des eaux. Présentation de l'épaule, version le 8 février. L'enfant en état de mort apparente revient difficilement; il a une longueur de 40 centim. et pèse 1,900 gr.; l'allaitement maternel est impossible, l'enfant ne faisant aucun mouvement de succion. On lui donne à la cuiller, il a des vomissements et le 3e jour il est mourant. M. le professeur Queirel ordonne des injections de sérum artificiel (de Hayem). Ces injections sont faites régulièrement tous les jours, quantité 25 centim. cubes. Le poids augmente peu, mais les vomissements s'arrêtent. A sa sortie cet enfant est beau, il prend le sein d'une nourrice et pèse 2,000 grammes.

Observation II. — (12 mars.) Accouchement prématuré pour cause de placenta prævia. Poids de l'enfant 2,000 grammes, longueur 44 centim.; état physique très mauvais. Allaitement mater-

nel impossible. On lui donne le biberon qu'il prend aussitôt, mais il diminue de poids et le 3e jour il ne pèse plus que 1,900 grammes. On lui fait une première injection de sérum de 25 centim. cubes et le 4e jour il pèse 2,000 grammes ; le 5e deuxième injection, même poids ; le 6e cet enfant prend le sein et pèse 2,020 grammes ; le 7e troisième injection, 30 centim. cubes, poids 2,040; le 8e même quantité de sérum, poids 2,050; le 9e et le 10e jour encore la même quantité. L'enfant sort pesant 2,080 grammes. État général des plus satisfaisants.

Observation III. — (12 mars.) Enfant né avant terme, ayant une longueur de 47 centim. ; pesant 2,200 grammes. Il reste plusieurs jours sans prendre le sein, diminue de 20 grammes par jour jusqu'au 6e jour. On commence le traitement, et jusqu'au 11e jour, le poids augmente régulièrement de 10 grammes par jour. Il prend le sein et sort le 25 mars.

Chez ces enfants, le sérum a été employé en injections sous-cutanées, mais cette opération exige une certaine habitude et une asepsie complète de la seringue, du liquide et de la partie qu'on a choisie pour l'injection. Afin d'éviter les petits accidents qui se produisent quelquefois après les injections, M. le professeur. Queirel a conseillé un moyen bien simple, sans dangers, à la portée de tout le monde, qui donne les mêmes résultats que l'injection sous-cutanée : c'est les lavements de sérum. Ces lavements doivent être administrés régulièrement au moins 2 fois par jour ou plus souvent, l'on doit veiller à ce que l'enfant ne les rende pas immédiatement et, si cela arrive, ce qui est assez fréquent, on recommence une heure après. On peut ainsi faire absorber à l'enfant de 40 à 50 grammes de sérum par jour par petits lavements de 10 à 15 grammes chacun.

II. — *Observations d'enfants, chez lesquels le sérum a été employé en lavements.*

Observation I. — (5 mars.) Accouchement prématuré, multipare. Poids de l'enfant 2,600 grammes, peu vigoureux. Le 2e jour il a un peu de sclérème, ne prend pas le sein ; le poids diminue

et le 3e jour œdème généralisé. Il est placé à la couveuse le 4e jour et on lui donne des lavements de sérum; le 6e jour l'œdème disparaît, l'enfant prend le sein de sa mère. Il sort le 17 mars pesant 2,750 grammes. État physique excellent.

OBSERVATION II. — (18 mars.) Primipare albuminurique. Poids de l'enfant 2,700 grammes, assez vigoureux, mais ne peut prendre le sein de sa mère. Il est allaité au biberon pendant quatre jours, vomit après chaque tétée, selles vertes. Le 5e jour, il commence à prendre le sein; les mouvements et la diarrhée cessent, mais il ne pèse plus que 2,400 grammes. État général mauvais. On commence à lui administrer les lavements. Le 8e jour, il pèse 2,440 et augmente régulièrement tous les jours de 30 grammes. Il pèse à sa sortie 2,640.

OBSERVATION III. — (28 mars.) Femme secondipare. Premier accouchement avant terme, enfant mort peu de jours après sa naissance. Celui-ci, prématuré, au commencement du 9e mois. Longueur de l'enfant, 47 centimètres, poids 2,800, né en état de mort apparente, débile, très pâle; il reste trois jours dans cet état, malgré l'allaitement maternel qui se fait dans de bonnes conditions. Le 4e jour, il est très jaune et vomit après chaque tétée, son poids est de 2,870 grammes. On donne des lavements de 40 grammes environ, tous les jours. Il part le 10 avril pesant 3,500 grammes.

A ces 6 observations nous pourrions joindre celle d'un enfant atteint d'hémorrhagie gastro-intestinale où le sérum employé a donné de bons résultats.

Cet enfant, né le 22 février d'une secondipare, dont le premier enfant est mort quelques jours après sa naissance de débilité congénitale, pèse 2,820 grammes. L'accouchement a été spontané, le travail a duré quatre heures, les membranes se sont rompues à la dilatation complète, la période d'expulsion dure un quart d'heure. Sommet en O. I. D. Pas de traces de syphilis. Le lendemain de sa naissance, l'enfant vomit du sang coagulé, noirâtre : ces vomissements se reproduisent plusieurs fois dans la même journée. Le 24, douze hématémèses très rouges, le lavage de l'estomac ramène des caillots petits et noirâtres en quantité; le nouveau-né diminue rapidement de poids, son état est grave, il ne prend plus le sein. Le 25, quatre selles sanglantes qui traver-

sent ses langes. On essaye de lui faire avaler quelques gouttes de lait mais il le rejette aussitôt. Il est livide; on lui fait alors des injections sous-cutanées de sérum artificiel de 20 grammes auquel on ajoute 2 à 3 grammes de cognac; il est placé à la couveuse, paraît se ranimer un peu, prend quelques grammes de lait alcoolisé, qu'il ne rejette pas.

Pendant la nuit nouvelle selle sanglante, mais en petite quantité. Le 26, nouvelle injection de sérum, enfant moins pâle, il prend le sein et n'a plus de vomissements; mais, son poids a diminué de 300 grammes. Le 27 on joint les lavements aux injections. Le 28, léger méléna: l'enfant tète bien, ne vomit plus, augmente légèrement de poids tous les jours, et le 22 mars à sa sortie il pèse 3,000 grammes.

Le sérum est donc un adjuvant précieux, auquel on peut avoir recours dans maintes circonstances. Nous l'employons journellement dans le service et il nous donne d'excellents résultats.

SYMPHYSÉOTOMIE. RÉTRÉCISSEMENT DE 8 CENTIMÈTRES. OPÉRATION FAITE DANS DE TRÈS MAUVAISES CONDITIONS. GUÉRISON.

Par M. E. **Crimail**,

Chirurgien de la Maternité des hôpitaux de Nantes.

De nombreuses observations de symphyséotomie ont été et sont chaque jour publiées depuis que cette opération a été remise en honneur.

Aussi nous avons hésité à présenter cette communication; toutefois, en raison du résultat obtenu, malgré le mauvais état où se trouvait la femme qui en est l'objet, nous avons pensé qu'elle pourrait offrir quelque intérêt.

Le 3 septembre 1894, nous recevions à 8 heures du matin, dans notre service de la maternité, une dame P..., en travail d'accouchement depuis plus de 48 heures. Cette dame nous était adressée

de Riaillé (15 à 18 lieues de Nantes) par MM. les Drs Richard, de Riaillé, et Raimbault, de Candé.

En raison d'un rétrécissement assez prononcé du bassin, l'accouchement n'avait pu être terminé, malgré des tentatives faites avec le forceps.

La dame P..., primipare, au terme de sa grossesse, a ressenti les premières douleurs dans la nuit du vendredi au samedi 1er septembre ; les membranes se sont rompues dans la journée du samedi ; le travail, bien que lent, a suivi une marche régulière, et le lendemain, dimanche, vers 3 heures du soir, la sage-femme qui l'assistait, constatant que la partie qui se présentait, la tête, n'avait subi aucun engagement, malgré la persistance des douleurs, et en présence d'une dilatation complète, fit appeler M. Richard, de Riaillé. Celui-ci, après plusieurs applications de forceps et des tractions énergiques, n'ayant pu abaisser la tête, eut recours à l'assistance de M. Raimbault, de Candé.

Ces deux praticiens constatant un rétrécissement pelvien prononcé et l'inefficacité des manœuvres effectuées; d'autre part, ne pouvant se résigner, en raison de l'état de vie du fœtus, à en pratiquer la mutilation, décidèrent d'envoyer leur parturiente à Nantes, afin qu'elle y pût subir telle opération jugée opportune, probablement la symphyséotomie.

Ce n'est que le lundi 3 septembre, plus de 48 heures après le début du travail, qu'elle arrivait, à 8 heures du matin, à la maternité, après un voyage des plus pénibles, tantôt voitures plus ou moins suspendues, tantôt chemins de fer.

Nous nous sommes étendu sur ces divers faits préliminaires, afin de montrer les conditions défectueuses où se trouvait cette malheureuse au moment de l'opération.

Aussi, grande fatigue, épuisement après un travail de plus de deux jours et des manœuvres obstétricales énergiques, fatigue augmentée par un voyage pénible, sensibilité excessive du ventre, fièvre assez forte, 104 à 110 p., température 38°, et grande appréhension des opérations possibles : tel était son état.

Agée de 27 ans, d'une bonne constitution, elle n'a jamais été malade ; née de parents vigoureux et bien portants, la dame P... n'a d'autres antécédents rachitiques que ce fait d'avoir marché très tard, seulement à trente mois. Sa taille, assez petite, est de 1 m. 38. Sa structure osseuse n'offre aucune apparence de rachi-

tisme, ni du côté des membres, ni du côté des bosses pariétales.

Les menstruations se montrent pour la première fois à l'âge de onze ans, et n'ont éprouvé aucune irrégularité depuis leur instauration.

A son arrivée, elle accuse une sensibilité excessive du ventre, elle ne peut rester dans le décubitus dorsal, et affecte la position génu-pectorale, qu'elle a, du reste, été forcée de conserver pendant toute la durée du voyage ; la palpation abdominale est très difficilement supportée et ne donne aucun résultat satisfaisant pour le diagnostic, l'utérus étant fortement contracturé; la vulve et le vagin sont très tuméfiés, congestionnés et même excoriés, un liquide composé de mucosités sanguinolentes et de méconium s'écoule assez abondant.

Au toucher, col revenu sur lui-même, resserré, mais nous paraissant néanmoins devoir être facilement dilatable. Le doigt atteint facilement le promontoire; mesuré avec soin, le diamètre promonto-sous-pubien atteint à peine 9,5 centim., ce qui, déduction faite, donne un promonto-pubien de 8 cent. Les autres diamètres sont généralement étroits, et le doigt explorateur éprouve la sensation d'une grande insuffisance de tout le pelvis dans le sens transversal et oblique également.

Ces données acquises sur les dimensions du bassin nous paraissent assez nettes pour nous autoriser à prendre une décision.

La tête est au-dessus du détroit supérieur, nullement engagée, assez immobile en raison de l'état de contracture de l'utérus : sa position assez difficile, sinon impossible à reconnaître, une bosse séro-sanguine volumineuse masquant les sutures et les fontanelles.

L'auscultation décèle la présence des battements fœtaux à droite ; ils sont un peu précipités, peu vigoureux, position O. I. D. A. probable.

En résumé, rétrécissement général du bassin, diamètre conjugué 8 centim., tentatives répétées de forceps infructueuses, et enfant vivant.

La symphyséotomie nous parut indiquée et devoir être exécutée le plus promptement possible. Nous ne nous dissimulions pas que l'état de fièvre de la femme et sa fatigue extrême étaient peu favorables à l'opération ; mais, d'un autre côté, comme aux confrères qui nous l'avaient adressée, il nous répugnait de muti-

ler cet enfant vivant, seule autre ressource pour terminer cet accouchement. Nous nous arrêtames donc à la symphyséotomie, espérant bien que, une fois l'écartement interpubien produit, la tête pourrait, sans trop de difficulté, franchir la filière pelvienne nouvelle.

Notre excellent confrère et ami, M. le Dr F. Jouon, chirurgien des hôpitaux, voulut bien nous assister et nous aider de ses judicieux avis. L'interne du service, M. Mouillé, et un interne, M. Gourdet, prêtèrent leur concours à l'opération ; étaient présents MM. les Drs Raingeard, Boiffin, Ollive, chirurgiens et médecins des hôpitaux, ainsi que plusieurs internes.

L'instrumentation à notre disposition très simple : un bistouri, quelques pinces, des écarteurs, une lame de zinc courbée, destinée à remplacer la gouttière arquée de M. Farabeuf.

La femme fut placée en situation obstétricale, rasée et lavée largement, intra et extra, l'asepsie du vagin ne fut peut-être qu'imparfaite, par suite de l'écoulement continu du méconium et des mucosités vaginales.

L'anesthésie, confiée à un interne, fut bientôt complète.

Nous adoptâmes pour l'opération le procédé suivi par M. le professeur Pinard, et dont M. le professeur Farabeuf nous avait donné, dans une conférence faite à Nantes en avril 1894, une intéressante et remarquable démonstration.

Placé entre les cuisses de la femme, que deux aides, M. le Dr Jouon et M. Gourdet, maintenaient écartées, nous commençâmes une incision médiane, qui, partant de six centim. environ au-dessus du rebord supérieur du pubis, vint en bas atteindre le bord inférieur de ces os, mais s'arrêtant au niveau même de ce bord, afin de ne pas atteindre, par suite d'un glissement possible de la peau, le clitoris et les vaisseaux l'accompagnant.

Cette incision fut, plus tard, étendue supérieurement de deux ou trois centim., afin de rendre plus faciles la recherche et le passage de la lame post-pubienne. Les muscles droits furent légèrement séparés au niveau du bord supérieur du pubis.

Le tissu cellulaire, abondant dans cette région, fut incisé dans toute son épaisseur ; quelques petits vaisseaux donnèrent du sang, mais en petite quantité, et une pression exercée avec les pinces suffit pour, sans ligature ultérieure, en arrêter l'écoulement.

Des écarteurs placés à droite et à gauche de l'incision permirent de mettre au jour le tissu nacré de l'enveloppe pré-articulaire du pubis, tous les tissus le masquant furent soigneusement détachés, et il apparut très nettement. Saisissant alors de la main gauche le clitoris, et l'attirant en bas, il nous fut facile de faire saillir le faisceau fibreux de son ligament suspenseur. Une incision transversale sépara ce ligament de son insertion osseuse et mit à découvert l'arcuatum.

Ayant ainsi libéré la partie inférieure de l'arcade, nous pûmes, avec l'index, augmenter cette ouverture de la voie post-pubienne. Puis, dans cette sorte de cavité séreuse, introduisant la lame courbée, nous pûmes lui faire longer toute la partie postérieure de la symphyse, refoulant en arrière de cette lame les vaisseaux et organes qu'il était urgent de protéger.

L'instrument ainsi introduit vint bientôt faire saillie au-dessus du rebord supérieur du pubis, une incision faite sur les tissus qui en masquaient l'extrémité lui permit d'apparaître à l'extérieur.

Le tissu fibreux recouvrant le cartilage interpubien ayant été bien dégagé et mis en évidence, le cartilage fut, dans sa partie exactement médiane, tranché de haut en bas, d'avant en arrière, avec un bistouri choisi intentionnellement assez mince : la section en fut faite jusqu'à ce que la lame métallique post-pubienne apparût, dans toute sa hauteur, en contact immédiat avec la pointe du bistouri.

Aussitôt cette section du cartilage opérée, il se produisit un écartement d'au moins deux centimètres.

Ces deux temps importants de la symphyséotomie : section du ligament suspenseur du clitoris et section du ligament interpubien, furent exécutés sans trop de difficultés.

Restait à obtenir l'écartement du pubis qui ne pouvait se produire que par la disjonction des symphyses sacro-iliaques, au moins dans leur partie antérieure.

Nous nous assurâmes que, entre les deux pubis, la séparation était complète et qu'aucun tissu n'avait échappé à la section.

Pour obtenir tout l'écartement possible, les aides placés de chaque côté durent mettre les cuisses en abduction forcée maxima ; un craquement facile à percevoir se produisit dans les articulations sacro-iliaques, et les pubis s'écartèrent, laissant entre eux un es-

pace d'environ 5 à 6 centim. ; nous avons le regret de n'avoir pas pris exactement cette mesure.

L'écartement, fait avec précaution et intelligence par les aides, fut bien symétrique.

Un tampon de gaze iodoformée fut placé dans la plaie ainsi produite, et maintenu, comme pansement provisoire, pendant l'extraction du fœtus.

Le forceps par une application directe, saisit la tête en son diamètre occipito-frontal et l'engagea transversalement ; la rotation ne put être faite, probablement à cause de l'étroitesse générale du bassin, dont les dimensions antéro-postérieures et surtout les obliques n'avaient pu être suffisamment agrandies pour permettre des mouvements dans l'excavation. Néanmoins la tête fut dégagée transversalement sans nécessiter de grands efforts.

L'enfant, masculin, assez volumineux, respira faiblement, cria, fit de petits mouvements pendant quelques instants ; mais, malgré les efforts tentés pour le ranimer, ne tarda pas à succomber.

L'autopsie, du reste, nous révéla une fracture du pariétal, gauche, constituée par une fente longitudinale de toute la bosse pariétale avec épanchement de sang abondant sous le périoste et moins abondant sous les méninges ; une large excoriation de toute la peau de la joue droite.

Poids du fœtus, 2,950 grammes ; tête volumineuse : diamètre bi-pariétal 9,5 centimètres, bi-temporal 8,2, l'occipito-bregmatique 9,5 centimètres.

La femme fut lavée avec soin, à grande eau : lavages intra-utérin, vaginal et extérieur ; de même pour la plaie opératoire.

Puis il fut procédé à la suture : trois points à la soie plate, rasant le tissu osseux, comprenant la plus grande partie du tissu fibreux et même le périoste, réunirent antérieurement les ligaments pubiens ; grâce aux aides, qui, appuyant fortement sur les trochanters, rapprochaient le plus possible les pubis, le contact nous parut immédiat.

Après cette suture, qui, ainsi que nous nous en étions assuré, n'avait laissé pénétrer aucun tissu entre les surfaces articulaires, trois autres points rapprochèrent les grands droits ; puis réunion de la plaie cutanée, sutures profondes et superficielles alternées, faites avec du crin de Florence.

Après un dernier lavage général, un tampon de gaze iodoformée fut introduit dans le vagin, et un pansement ouaté volumineux et fortement maintenu par un bandage de flanelle fut appliqué bien serré.

Nous devons mentionner qu'au moment du pansement une légère compression faite sur les côtés de la suture fit sourdre un peu de sang ; nous hésitâmes à défaire la suture et rechercher le vaisseau d'où il provenait, mais nous pensâmes, d'accord avec les confrères présents, que la forte pression exercée par le pansement suffirait pour arrêter l'écoulement.

Le pansement ordinaire des femmes accouchées fut appliqué sur la vulve et les jambes furent maintenues rapprochées par un bandage.

La malade, réveillée, fut transportée sur son lit, ne se plaignant que de la gêne causée par le bandage trop serré.

Dans la journée, assez bon état, champagne, bouillon.

Le soir, T. 38°. P. 84. Aucune douleur, aucun malaise, ne se plaint que de la compression du bandage; elle est cathétérisée ; la ouate prévulvaire, très imprégnée de liquide lochial normal, est renouvelée.

Le 4, lendemain de l'opération, T. 38°. P. 84; assez bonne nuit, un peu de sommeil, aucune douleur, ni mal de tête. La vessie est vidée trois fois par jour.

Le soir, T. 38°. P. 80. État satisfaisant, la pression du bandage est mieux supportée. Le pansement vulvaire très souillé est renouvelé.

Même régime, champagne, bouillon et lait.

Le 5, bonne nuit. T. 38°. P. 84. Le départ de son mari lui a causé ce matin une vive émotion, néanmoins elle est assez bien, pas de sensibilité du ventre, mais ballonnement notable, gaz rendus en abondance. Même régime, infusion de camomille avec élixir parégorique.

Le soir, T. 38°,7. P. 104. Un peu d'abattement, ballonnement plus prononcé, le pansement vulvaire très souillé de lochies odorantes, odeur de sphacèle provenant probablement des lésions vaginales lors des premières tentatives d'accouchement. Lavage au biiodure dans le vagin; la malade est soulevée avec précaution, tandis que deux aides maintiennent très serrées les hanches et les cuisses, la vulve très tuméfiée, douloureuse, laisse pénétrer difficilement la canule.

Ce pansement avec lavage paraît avoir fatigué la malade ; même régime, élixir parégorique, sulfate de quinine 1 gramme, pilules de 2,5 centigrammes d'extrait d'opium.

Le 6, T. 37°,3. P. 96. Etat meilleur que la veille, facies souriant, bon sommeil ; la montée de lait qui avait déjà débuté la veille, s'accentue. Même régime, quinine et opium.

Le soir, T. 38°. P. 112. Bien qu'encore météorisé, le ventre est plus souple ; les lochies moins odorantes, à peu près normales, continuent à souiller largement le pansement vulvaire qui est changé.

Langue très humide, aucune douleur, aucun malaise, très bon état.

Le 7. S. 37°,9. P. 100. Devant cette élévation de température depuis la veille, le pansement est levé, pour la première fois, avec toutes les précautians voulues : la cicatrisation de la plaie est bien faite, mais à droite existe un point douloureux, avec un peu d'empâtement ; point à surveiller.

Le soir. T. 39°. P. 110. Légère sensibilité dans la région de la plaie.

Le 8. T. 38°,9. P. 112. La malade accuse une douleur plus accentuée, le bord inférieur du bandage étant souillé d'un liquide purulo-sanguin, il est enlevé ; et à la partie supérieure de la cicatrice s'écoule du sang putréfié de très mauvaise odeur ; l'évacuation complète en est faite ; lavage intérieur de la plaie, la poche sous-cicatricielle paraît étendue, mais se vide facilement. Ce lavage fait bon effet, car le soir, T. 37°,5. P. 98, et la malade se trouve soulagée. On commence à la nourrir.

Le 9, T. 36°,7. P. 92. Sensation de mieux-être ; les mêmes pansements sont continués pour facilitor l'évacuation du pus, matin et soir, mais avec les plus grandes précautions pour éviter tout écartement possible et les mouvements préjudiciables. Le soir, T. 37°,5, P. 98.

Le 10, matin, T. 36°,7. P. 92. Le soir, T. 37°,8. P. 94. La malade se sent bien, aucune douleur ni malaise ; mêmes pansements ; l'écoulement du pus diminue beaucoup. Même régime, elle mange un peu plus.

Le 11, T. 37°,2. P. 95. Pour faciliter l'écoulement du pus, un drain est placé à la partie inférieure de la cicatrice après écartement des tissus.

Le soir, T. 38°. P. 102. Bon état, mêmes pansements.

Le 12, T. 37°,6. P. 100. Le soir, T. 38°. P. 102. Depuis la nuit, la malade est prise d'incontinence d'urine qui souille les pansements et les draps. Aussi, et pour éviter l'accumulation du pus et pour la soustraire aux dangers de ces draps constamment imprégnés d'urine, les pansements sont faits matin et soir. Au reste, malgré la petite fatigue passagère que causaient ces pansements, ils paraissent soulager la malade et faire baisser la fièvre et la température.

Le 13, matin, T. 37°. P. 95. Le soir, T. 38°. P. 96.

Le 14, matin, T. 37°,2. P. 98. Le soir, T. 38°. P. 108. La malade se plaint de coliques, elle n'a pas eu de garde-robes ; demain matin purgation.

Le 15, matin, T. 37°. P. 108. L'huile de ricin a agi convenablement sans provoquer de douleur, la malade paraît bien soulagée. Le soir, T. 37°. P. 94.

Le 16, matin, T. 36°,5. P. 92 ; l'incontinence d'urine qui existait depuis cinq à six jours a complètement disparu ; la quantité de pus évacué par le drain a beaucoup diminué ; pour ces deux raisons, on ne fait plus qu'un pansement par jour. Le soir, T. 37°,5. P. 100.

Les jours suivants, l'état devient de plus en plus satisfaisant, la température variant entre 36°,5 et 37, le pouls entre 80 et 90. L'appétit excellent, les forces reviennent, et la malade, désireuse de se lever, fait, dans son lit, des mouvements desquels elle ne paraît ressentir aucune gêne dans le bassin.

1er octobre, vingt-huitième jour après l'opération, elle se lève, soutenue par deux aides, se tient debout très solidement, fait quelques pas en traînant un peu les pieds, mais n'éprouve aucune difficulté pour se maintenir d'aplomb.

Pendant la marche, notre doigt, introduit dans le vagin et appuyé sur la symphyse pubienne, ne constate aucune mobilité dans cette articulation.

Les jours suivants, elle reste chaque jour plus longtemps levée, marche de plus en plus facilement et d'une façon de plus en plus normale ; alimentation normale.

Le 10. État général et local aussi satisfaisant que possible. Il existe encore une petite fistulette qui tend à se tarir. Elle sort de la maternité.

OBSERVATION DE LA Ire SYMPHYSÉOTOMIE

Pratiquée au Chili par le Dr **Adolphe Murillo**,
Professeur de clinique obstétricale à l'Université de Santiago.

Anna R. L..., âgée de 36 ans, chilienne, fille d'une mère tuberculeuse et d'un père cardiaque. Pas d'autres antécédents héréditaires. Depuis l'âge de deux ans, elle souffre d'un mal de Pott.

Elle se présente à la clinique le 28 décembre 1893, en demandant à être examinée pour savoir si elle pourrait accoucher facilement. Enceinte pour la première fois, elle n'a présenté rien de particulier pendant le cours de sa grossesse.

Réglée à 15 ans et toujours régulièrement, elle a eu ses dernières règles le 10 avril.

De constitution délicate, elle mesure 1 m. 27 centimètres. La région dorsale présente une déviation cyphotique de la colonne vertébrale. Les jambes sont arquées et les genoux sont dirigés en dedans.

A la vue : le ventre est en besace et tombe sur les parties génitales externes en les recouvrant complètement. Seins peu développés.

Par la palpation, l'auscultation et le toucher, on s'assure que le fœtus vit et qu'il se présente en *occipito-iliaque droite transversale*.

La pelvimétrie donne :

Diamètre de Baudelocque	16	centim.
Distance d'une épine iliaque antéro-supérieure à celle du côté opposé	24	—
Distance d'une crête iliaque à celle du côté opposé	25	—
Distance d'un trochanter à l'autre	24	—
Distance d'une épine iliaque postéro-supérieure à celle du côté opposé	9	—
Distance d'une tubérosité ischiatique à l'épine postéro-supérieure du côté opposé	15	—
Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure d'un côté à la postéro-supérieure du côté opposé	19	—
Distance de l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure	15	—

Du milieu du bord inférieur de la symphyse pubienne
à l'épine iliaque postéro-supérieure............. 15 centim.
Diamètre coxi-sous-pubien........................ 9 —
Diamètre bi-ischiatique externe.................. 8 —

Comme on le voit, il existait un rétrécissement pelvien cyphotique avec rétrécissement de la plupart des diamètres.

Le diamètre de Baudelocque ayant 16 centim., le pelvis avait donc un diamètre antéro-postérieur minimum de 7 centim.

La parturiente est prévenue de la nécessité de lui faire une opération.

Le soir même du jour de l'examen, la malade entre à la clinique : elle était en travail depuis trois heures du soir et il est presque certain que l'examen prolongé subi le matin même provoqua le début du travail.

A 6 heures 1/2 du soir la poche des eaux se rompit.

Le professeur Murillo est appelé dans la nuit. Il constate que la dilatation est presque complète ; les contractions étant très fréquentes on se met en devoir de pratiquer l'opération.

Opération. — Le matin, de bonne heure, M. le professeur Murillo, assisté du Dr Gutierrez, pratique la symphyséotomie.

La femme, placée en travers du lit, est chloroformisée. On rase et désinfecte les parties génitales externes ; cathétérisme vésical. Exploration soignée du champ opératoire.

Un élève maintient les parois du ventre constamment élevées, ce dernier recouvrant les parties génitales.

Incision verticale commençant à 1 centim. au-dessus du pubis, se terminant au clitoris et intéressant toutes les parties molles. Hémostase avec pinces.

Section de la symphyse. — Après d'infructueuses tentatives de section au bistouri (soit que la symphyse fût ossifiée ou que le cartilage très mince ne donnât point prise au tranchant) on le scie avec la scie à chaîne.

Cette dernière est introduite difficilement, mais la section fut facile.

On rapproche les jambes pour éviter le trop grand écartement des os iliaques, et deux aides les maintiennent solidement pendant l'accouchement.

Accouchement, par le forceps Tarnier, sans aucune difficulté.

L'écartement des symphyses fut de 6 centimètres au moment de l'extraction.

L'enfant naît en état de mort apparente, une cuiller du forceps avait pris une anse du cordon; on le ranime après un quart d'heure de soins.

L'expulsion du placenta se fait normalement. La perte de sang pendant toute l'opération, est évaluée à 400 grammes.

Lavage antiseptique soigné intra et extra; séries de points de suture profonds et superficiels des parties molles.

Pansement à l'iodoforme et bandage très compressif.

L'enfant, qui était né presque asphyxié par suite de la compression du cordon, meurt quelques heures plus tard.

Sexe mâle.

Enfant. — Poids de l'enfant : 3,200 grammes.

Dimensions de la tête : O. M. = 13 centimètres.

O. F.	= 11,2	—
S. O. B.	= 10	—
S. O. F.	= 11	—
B. T.	= 8	—
B. P.	= 9,5	—
B. M.	= 7,6	—
M. Sincipital	= 12,5	—

La plus grande circonférence, 38 centimètres.

— petite — 32 —

29 décembre matin. Vomissements au point du jour. T. 37°,5; P. = 116, langue humide. On lui met la tête basse, et on donne de la glace.

Le soir. T. = 37°,8 ; P. = 126. Pas de vomissements, langue saburrale. Ventre tympanisé. Pansement : état local satisfaisant. Partie supérieure du ventre est sensible à la pression. Cathétérisme vésical et sonde à demeure.

Le 30 décembre, matin. Pas de vomissements. T. = 37°,6; P. = 116, langue humide. Champagne frappé; café.

Le soir. T. = 37°,9, P. = 120. Vomissements.

Les jours suivants, la malade va en s'améliorant. Huit jours après l'opération, le 5 janvier, on enlève les fils. Plaie cicatrisée. Persistance du bandage compressif.

Le 22 janvier la malade se lève et fait quelques pas sans inconvénient.

Elle quitte l'hôpital quelques jours après, guérie.

Elle a promis de revenir.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance de mai 1897.

M. Pichevin présente un **fibrome utérin,** enlevé par la voie abdominale. Il a pratiqué l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de Richelot; il insiste sur la facilité et les suites de cette opération.

Discussion. — M. Doléris fait remarquer qu'il s'agissait là, à cause de la forme de la tumeur, d'un cas favorable. Lorsque le fibrome dédouble les ligaments larges, il n'est pas toujours facile d'enlever l'utérus et les fibromes, de faire l'hystérectomie abdominale totale. Il est préférable de se contenter de l'hystérectomie intravaginale de Schrœder, opération qui donne de meilleurs résultats que l'abdominale totale qui a encore une mortalité assez élevée.

M. Richelot fait remarquer qu'une fois les fibromes enlevés, il n'est pas plus difficile d'enlever l'utérus que de confectionner un moignon avec le bout du col que l'on veut laisser. L'hystérectomie totale lui a donné de bons résultats. De plus, à mortalité égale, il reste des inconvénients inhérents au pédicule : suppuration, perforation de l'intestin, fistules stercorales. Dans certains cas, il a dû enlever par la suite le moignon qu'il avait laissé.

M. Maygrier. **Grossesse gémellaire univitelline.** — Le placenta n'a pas été injecté, mais il est facile de reconnaître qu'il existe des anastomoses d'artère à artère. L'accouchement a eu lieu avant terme, les deux enfants sont morts. L'un était transfuseur de l'autre. Le fœtus transfusé était plus lourd que le fœtus transfuseur, son cœur était aussi hypertrophié. Ici le transfusé a profité des anastomoses existant entre les deux placentas.

M. Porak. **Grossesse gémellaire à circulation dépendante.** — Schatz a insisté dans les grossesses univitellines sur leur caractère particulier de présenter des anastomoses vasculaires inter-

placentaires. M. Porak pense que la différence de poids des jumeaux vient de leur âge différent dans le cas de grossesse bivitelline, des communications vasculaires lorsque leur âge est identique. En dehors des grossesses univitellines, l'âge des jumeaux peut être le même lorsque les ovules sont issus d'une même vésicule de de Graaf, c'est-à-dire lorsque la grossesse gémellaire est univésiculaire.

Les grossesses univitellines ou univésiculaires sont rares. M. Porak en a observé un cas remarquable, qui diffère de l'observation de M. Maygrier, en ce sens que le fœtus transfusé, loin de bénéficier de l'excès de sang reçu, est mort asystolique, le cœur ne pouvant suffire au surcroît de travail qui lui était imposé.

Il s'agissait d'une grossesse univitelline, parce que la cloison de séparation des œufs n'était constituée que par deux amnios. Les deux enfants sont du sexe féminin. La grossesse a été interrompue au 7e mois 1/2. Le fœtus transfuseur pèse 1,200 gr., a vécu quelques heures, son cœur 10 gr. 50, rouge, en systole, le foie 43 gr. Le placenta est mince, petit, relativement sec. Le fœtus transfusé, mort en naissant, est en état d'asystolie, pèse 980 gr. Hydramnios, ascite, œdème généralisé sous-cutané, hydrothorax, hydropéricarde, œdème considérable du placenta. L'injection des vaisseaux placentaires n'a que partiellement réussi. Cœur 13 gr. 50, pâle, mou, en diastole; foie 75 gr.

Les grossesses gémellaires à circulation dépendante sont une cause très fréquente d'accouchement prématuré et d'avortement. Lorsque l'un des enfants succombe avant le 4e ou le 5e mois, il peut rester dans l'utérus et devenir fœtus papyraceus. La cause de la mort du fœtus provient certainement d'anastomoses des gros vaisseaux placentaires qui établissent la prépondérance marquée d'un fœtus sur l'autre, en particulier d'anastomoses à la fois d'artère à artère et de veine à veine. Lorsque ces anastomoses existent, le partage du placenta à peu près égal entre les deux fœtus ne semble pas possible. Suivant la part qui appartient au fœtus le plus faible, ses conditions de vitalité se trouvent compromises. Par une transition insensible, on constate tous les intermédiaires entre le fœtus papyraceus et les différentes variétés de monstruosités omphalosites.

Les fœtus pourvus de tous leurs organes, bien constitués, ne peuvent pas vivre; ils deviennent fœtus papyraceus. L'auteur en

relate trois observations, dont deux personnelles. Il s'agissait de grossesses univitellines. Les fœtus dont le cœur n'est qu'à l'état de vestige ou n'existe pas du tout peuvent vivre à côté du fœtus bien constitué, mais à condition d'en être le parasite, c'est la monstruosité omphalosite. Aussi semble-t-il rationnel de classer les monstres omphalosites : parencéphale, encéphale, anideus, d'après la structure de leur cœur et non d'après leur apparence extérieure.

M. DOLÉRIS : **Traitement de l'avortement incomplet.** — L'auteur est partisan de la délivrance hâtive à l'aide de la pince à faux germe qu'il a fait construire, et de la curette, qu'il préfère à la méthode digitale. Pour lui, l'emploi de la curette n'offre aucun danger lorsqu'il s'agit d'évacuer l'utérus d'un délivre ou de débris placentaires après plusieurs jours de rétention et alors que le stroma utérin, déjà revenu sur lui-même et suffisamment tassé, oppose un plan résistant et solide à l'effort instrumental.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

(Suite et fin) (1).

FOCHIER. **Applications de forceps dans les cas de présentation du pariétal postérieur.** — Il est rare que la tête fœtale se présente par le pariétal postérieur. Pourtant, lorsqu'il en est ainsi, il ne faut pas faire d'application antéro-postérieure. On doit laisser libre la bosse pariétale antérieure pour lui laisser la faculté de s'engager. Il faut faire une application oblique, une des cuillers du forceps sur la bosse frontale postérieure et l'autre sur l'apophyse mastoïde antérieure. D'autre part, M. Fochier a constaté qu'il y a avantage à reporter plus haut que dans le forceps Tarnier le point d'attache des branches de traction. Aussi, attache-t-il un lacs presque au niveau du milieu de la cuiller de la branche postérieure.

BUDIN. **Septième accouchement à terme chez une femme présentant un rétrécissement du bassin.** — Diamètre promonto-sous-

(1) Voir *Annales de gyn. et d'obst.*, mai 1897, p. 413.

pubien 9 centim. et demi, promonto-pubien minimum 7 centim. Dans un accouchement antérieur, la version, qui avait été indiquée par une procidence du cordon, avait permis d'extraire un enfant pesant 2,700 grammes, mais qui mourut au cours de l'opération. Dans ce nouvel accouchement, la femme s'étant absolument refusée à laisser faire la symphyséotomie, on fit encore la version qui fut très laborieuse. Il fallut pour ainsi dire dégager la nuque enserrée par l'anneau de contraction fortement contracturée. Pourtant, on réussit à avoir un enfant vivant : poids 3,200 gramm.; diam., Bi-P. 9 centim. 2; Bi-T. 7 centim.

Discussion. — BUÉ (de Lille) a pu, dans des conditions analogues, à travers un bassin rétréci à 7 centim. 3 dans le conjugé vrai, extraire, par la version nécessitée par une procidence du cordon, un enfant vivant de 3,500 grammes.

DEMELIN, au nom de M. STIEBER (Toulouse), relate un cas **d'accouchement prématuré** chez une femme primipare, sciolio-rachitique, ayant 1 m. 36 de taille, avec un bassin aplati dans toute la moitié gauche, et un conjugué vrai de 7 centim. 5. L'intervention se termina par la naissance d'un enfant du poids seulement de 1,860 grammes, qui, en dépit de son petit volume, présentait des empreintes crâniennes, preuve de son passage à frottement dur sur la filière osseuse et qui mourut peu après.

Discussion. — M. MAYGRIER croit que, dans ce cas, on eût judicieusement choisi un autre mode d'intervention.

M. CROUZAT, au nom de M. LOP (Marseille). **Syndrome péritonéal dans une présentation du siège.** — Appelé auprès d'une multipare, l'auteur la trouva avec un ensemble de symptômes très inquiétants; depuis 15 jours, vomissements incessants, sensibilité abdominale extrême, traits tirés, langue sèche, voix cassée, faiblesse grande, tous les symptômes d'un état péritonéal sérieux. Temp. 35°,6, P. 140. Or, ayant pu, malgré la sensibilité du ventre, réussir la version par manœuvres externes, tous les accidents s'évanouirent dès que l'enfant fut placé en présentation de la tête et l'accouchement se fit régulièrement, à terme, alors que, peu avant, il pensait à le provoquer.

Discussion. — M. GRYNFELT juge que le complexus symptomatique grave qui vient d'être décrit n'est guère habituel avec la présentation du siège, et il avoue qu'il n'aurait pas songé à prati-

quer la version par manœuvres externes en pareilles conditions. BUDIN a vu méconnaître l'origine de la douleur dans l'hypochondre causée par la présence de la tête fœtale et traiter des pleurésies qui n'existaient pas.

PRUVOST (Rennes) relate l'observation d'une **femme ayant une matrice double**, et chez laquelle cinq grossesses ont pu évoluer tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre cavité utérine.

BAR. **Sur l'état du placenta et des fœtus dans la grossesse gémellaire univitelline.** — L'auteur a utilisé 13 cas de grossesse gémellaire univitelline pour étudier : *a*) la disposition des membranes, *b*) du cordon, *c*) du placenta, *d*) le développement des fœtus; 2 fois amnios unique, 11 fois amnios double. Dans les cas d'amnios unique, cordons insérés à côté l'un de l'autre ; dans l'autre cas, insertion aux extrémités d'un diamètre ou même sur les membranes. Le plus souvent, une seule artère à l'un des cordons, en général à celui du plus petit fœtus. Dans les 13 cas, il y avait des anastomoses vasculaires, superficielles d'artères à artères et de veines à veines dans les 2 cas à amnios unique; d'artères à artères superficielles dans les cas à amnios double, etc. On conçoit quelle influence suivant leur disposition, suivant la quantité respective de sang qu'elles ménagent aux fœtus, ceux-ci peuvent avoir un développement inégal. Et, en effet, dans les grossesses univitellines, un des fœtus habituellement est plus volumineux que l'autre, la différence peut aller de 740 à 2,500 grammes, et tous les deux souffrent: chez le fœtus le plus gros, il y a hypertrophie du cœur, du foie, de l'œdème placentaire, de l'hydramnios ; chez le plus petit, arrêt de développement du cœur, cirrhose hépatique, etc. Somme toute, fœtus peu résistants.

GUÉNIOT. **Un cas de placentome.** — Sur un placenta provenant d'une primipare bien portante, qui avait accouché prématurément, il y avait, au niveau de la face fœtale, près de l'attache funiculaire, une tumeur arrondie, ferme, homogène, ayant l'apparence et les dimensions du gésier d'une poule. L'examen démontra que la tumeur était constituée par un amas de villosités, de tissu placentaire par conséquent, d'où la dénomination choisie : *placentome.*

BUDIN. **Production du lait par les nourrices.** — L'auteur a remar-

qué que « *plus on demandait en quelque sorte à la nourrice, plus elle donnait* ». Il a pu, par exemple, avec seulement 14 nourrices fournir aux exigences alimentaires de 64 nourrissons. La quantité quotidienne de lait de chaque nourrice a pu s'élever de 1,657 gr. à 2,270 gr. et cela sans préjudice pour la qualité du lait : « il est souvent utile pour empêcher le lait de se tarir de donner à une femme qui ne réussit qu'incomplètement à nourrir un seul enfant, un ou deux autres nourrissons à allaiter ».

PATAY. **Albuminurie grave sans éclampsie.** — A l'Hôtel-Dieu de Rennes, on a observé une série de 19 albuminuries gravidiques avec seulement 4 cas d'éclampsie. On a de plus observé un cas d'éclampsie sans albuminurie. Chez l'une des albuminuriques, il s'agissait d'une grossesse gémellaire. La femme présenta des accidents graves (dyspnée, oligurie, somnolence). Toutefois, elle n'eut pas de convulsions. La grossesse se termina par l'expulsion de 2 jumeaux, morts, du poids de 1,100 et 900 gr. Placenta unique de 410 gram. sans vestige de foyer hémorrhagique récent ou ancien. Le lendemain de l'accouchement, hémiplégie droite, aphasie complète, incontinence d'urine et des fèces, accidents qui persistent depuis plus de quatre mois.

FAVRE. **Imperméabilité de l'uretère dans l'éclampsie.** — Aux deux cas d'imperméabilité de l'uretère dans l'éclampsie, sur lesquels il a attiré l'attention il y a déjà deux ans, l'auteur en ajoute deux nouveaux dans lesquels il y avait stricture, et probablement obstruction complète de ce canal pendant la grossesse.

BAR et GUYEISSE. **Lésions hépatiques et rénales dans l'éclampsie.** — L'auteur a pu utiliser 13 cas de mort après éclampsie pour étudier les altérations anatomiques du foie et du rein habituelles dans cette maladie : 9 fois les hémorrhagies hépatiques étaient très nettes, sans grands foyers ; mais il y avait un gros foie, tigré de taches brunes, avec hémorrhagies péri-portales siégeant à la périphérie des lobules le plus souvent, empiétant rarement sur la partie lobulaire centrale. Quelquefois, à côté des hémorrhagies, on pouvait reconnaître des parties blanchâtres, bandes d'apparence hyaline, reliquats d'anciens foyers sanguins ayant subi la dégénérescence graisseuse ; 2 fois, on trouva des branches de la

veine porte thrombosées et, tout autour des branches thrombosées, des infarctus hémorrhagiques. Dans les 4 dernières observations, il y avait des foyers de dégénérescence cellulaire indépendants de toute hémorrhagie : par îlots, les cellules hépatiques étaient grosses, multinucléées, troubles, vacuolées; la paroi des vaisseaux était le siège d'une dégénérescence hyaline, et l'on voyait de longues traînées où les cellules étaient entièrement détruites. De ces constatations, M. Bar conclut qu'il existe bien un *foie éclamptique*, dans lequel la lésion cellulaire représente la lésion fondamentale, et les hémorrhagies des altérations seulement accessoires. Comme Klebs (1888), il a maintes fois reconnu la présence de cellules hépatiques dans les veines intralobulaires. D'autre part, les recherches faites dans le but de déceler la présence éventuelle de micro-organismes est restée entièrement négative dans tous les cas. Les reins atteints des lésions de la néphrite classique ne présentaient ni micro-organismes, ni cellules hépatiques, ni cellules de Schmorl (cellules multinucléées détachées des villosités choriales et arrivant au foie, au rein). Quant aux enfants, si chez 4 sur 6 on constata des ectasies vasculaires et des foyers hémorrhagiques siégeant au foie et au rein ainsi que des altérations cellulaires, il n'en paraît pas moins douteux que, contrairement à l'opinion de Chambrelent, ces modifications du tissu hépatique ne sont ni constantes, ni pathognomoniques et qu'on les rencontre chez tous les enfants qui meurent d'une infection quelconque ; l'éclampsie les engendre souvent, mais assurément pas d'une manière exclusive.

Discussion. — Guéniot demande si l'on a pu savoir si dans les formes bénignes de l'éclampsie ces altérations du foie et du rein existent également ; et Fochier exprime l'opinion que, malgré l'échec des recherches bactériologiques, il est probable que l'éclampsie est une maladie infectieuse, de nature bactérienne. Bar répond que dans un cas d'éclampsie qui lui parut bénin, et où la mort avait eté, *probablement*, causée par une injection intra-veineuse de sérum, il avait relevé des lésions hépatiques et rénales aussi accusées que chez les autres malades. Que d'autre part, si l'hypothèse de la nature bactérienne de l'éclampsie reste admissible, il n'en est pas moins vrai que toutes les altérations observées sont le fait d'une intoxication due à la présence de toxines dans l'organisme. M. Claude a pu, d'ailleurs, en injectant

dans le tissu cellulaire des animaux des toxines filtrées et bien isolées produire du côté du foie et du rein semblables altérations.

R. LABUSQUIÈRE.

REVUE ANALYTIQUE

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

Version ou haut forceps (Wendung oder hohe Zange), par H. SCHULTZ. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXXIV, Hft. 2, p. 174.

L'auteur rapporte, d'abord, les résultats fournis par la version podalique dans une série de 60 cas de présentation du sommet. La version fut faite à des moments plus ou moins favorables eu égard à la rupture de la poche des eaux (la poche étant encore intacte, rompue depuis peu ou déjà depuis longtemps).

Ces 60 cas se répartissent ainsi : A) bassin rétréci, 12, B) bassin normal, 48.

A) Dans les 12 cas de bassin rétréci, les indications furent les suivantes : 1° *versions prophylactiques* 4 ; 2° *présentations vicieuses*, 3; 3° *prolapsus des bras et des pieds*, 3; 4° *présentations défectueuses*, 3.

B) Dans les 48 cas de bassin normal, on relève comme indication : 1° *placenta prævia* (le plus souvent); 2° *éclampsie*; 3° *carcinome* de la portion vaginale du col 1; 4° *chute du cordon* 11; 5° *fièvre* (au-dessus de 39°) 2.

10 fois il s'agissait de *primipares*, 50 de *multipares*.

Faisant le procès de la version, qu'il considère comme très inférieure au forceps appliqué au détroit supérieur, l'auteur écrit : « Je ne veux pas attribuer à l'opération elle-même les résultats fournis par la version dans les cas de placenta prævia et de chute du cordon, mais seulement ceux qu'elle donna dans les bassins rétrécis. Sur 12 enfants, 5 vinrent au monde dans un tel état d'asphyxie qu'il fut impossible de les sauver. *Ils ont été victimes de la longue durée de l'intervention liée aux difficultés opératoires qu'on rencontra.*

Si j'ajoute à ces cas les 11 où la version fut faite pour procidence du cordon, qui donnèrent 5 enfants morts, et 3 autres

dans lesquels on observa des fractures du bras, de la clavicule, des impressions crâniennes, *il devient impossible de qualifier la version d'opération favorable et facile.* »

Plus loin, il dit : « Il ressort de nos observations, que la *mortalite fœtale* est très notable. Mais la version podalique n'est pas sans dangers pour les mères. Pour la totalité des cas de version podalique, pratiquée en trois ans à la maternité de Budapest (soit 163 cas), la *mortalité maternelle* s'éleva à 4,8 p. 100, soit 8 morts, dont 2 par septicémie dans des cas de placenta prævia. Mais ce n'est pas autant le chiffre de la mortalité que certaines circonstances qui, dans nos faits, discréditèrent l'opération. Sur les 60 cas de version podalique, l'enfant se présentant par le sommet, 12 fois on observa des ruptures étendues du col, compliquées immédiatement d'hémorrhagies telles qu'on ne put les arrêter que par ligature médiate et suture, 5 fois seulement le tamponnement de l'utérus et du vagin se montra suffisant.

Tous ces cas se terminèrent par la guérison. Néanmoins, je tiens les déchirures du col qui ne peuvent pas être attribuées à la sténose pelvienne, mais qui sont les conséquences de la distension du segment inférieur, pour des lésions tout à fait graves.

Dans tous ces cas, où il y eut déchirure du col, l'opération fut faite pour indication urgente. Or, écrit l'auteur, aujourd'hui que je possède une certaine expérience de l'usage du forceps au détroit supérieur, j'ai la conviction que j'aurais, avec cet instrument, évité ces lésions aux parturientes. »

L'auteur rapporte ensuite les cas dans lesquels il a employé le forceps haut. Il les groupe ainsi : 1° *applications atypiques du forceps dans des bassins rétrécis*, 3 ; 2° *applications de forceps chez des primipares*, 3 ; 3° *forceps pour distension du segment inférieur de l'utérus et imminence de rupture*, 4 ; 4° *forceps pour procidence du cordon*, 1.

Il passe ensuite en revue les objections diverses faites au forceps (la tête fixée par le forceps, ne peut obéir au mécanisme naturel de l'accouchement, la rotation ne se fait pas ; l'instrument produit des lésions, de fortes compressions crâniennes ; il détermine aussi des attritions, contusions sérieuses des tissus maternels ; il est difficile d'appliquer convenablement le forceps sur la tête restée très mobile au détroit supérieur ; enfin, l'instrument est difficile à nettoyer et encombrant) et les tient pour

injustes et exagérées. Au cours de cette analyse, il exprime ses préférences, après essai comparatif de plusieurs autres, pour le forceps de Tarnier. Il indique également que, souvent, alors qu'il a réussi, avec ce forceps, à amener la tête sur le périnée, il abandonne les branches de traction et saisit les manches pour opérer la rotation de la tête, ou bien se sert d'un autre forceps. Que dans d'autres cas, il lui a suffi pour amener l'expulsion de la tête d'agir sur elle à l'aide de deux doigts introduits dans le rectum.

Conclusions. — 1° Pas de version prophylactique, attendre. La poche des eaux étant intacte, ou bien la rupture venant de se produire, il faut, au cas d'une indication urgente, faire la version.

2° Quand le liquide amniotique est écoulé depuis longtemps, toujours préférer le forceps haut à la version podalique. Quand, dans cette éventualité, l'orifice externe n'étant pas suffisamment dilaté, il y a indication nette à terminer l'accouchement, accélérer la dilatation soit par des incisions, soit avec le dilatateur de Barnes.

3° Le forceps haut, quand l'orifice est suffisamment dilaté et que la sténose pelvienne est modérée, peut être employé avec succès.

4° Quand le rétrécissement est considérable, il faut essayer le forceps ; si l'on échoue, la perforation se trouve indiquée.

5° L'usage du forceps, au détroit supérieur, n'exige pas autant d'habileté que la version pour que le résultat soit aussi favorable pour la mère que pour l'enfant. Certes, il exige une certaine dextérité, mais, pas davantage que toute autre opération obstétricale. R. Labusquière.

Des lésions du fœtus dans les applications du forceps au détroit supérieur, par Lanteaume. Thèse de Bordeaux, 1896.

M. Lanteaume a réuni dans sa thèse 28 applications de forceps au détroit supérieur, dont 26 pratiquées à la Clinique d'accouchements de la Faculté de Bordeaux ou à la Maternité de la même ville.

Les résultats sont les suivants :

Applications de forceps	28
Enfants morts	15

Soit une proportion de mortalité infantile de 53,5 p. 100. Ceci est la mortalité totale.

En analysant les faits, on constate qu'il s'y trouve *cinq* observations d'accouchements prématurés provoqués qui ne purent se terminer spontanément, et qui ont fourni *trois* enfants morts, soit une proportion de 60 p. 100.

Enfin, ceux qui voient dans l'emploi du forceps, une méthode sauvegardant largement les intérêts de la mère, pourront constater en se reportant aux 22 observations détaillées (6 sont rapportées en bloc, et indiquent simplement que les enfants sont nés vivants) que :

1 femme est morte de rupture utérine ;

1 a eu une fistule vésico-vaginale et une fistule recto-vaginale ;

4 ont eu des suites de couches pathologiques ;

1, enfin, a souffert de relâchement (?) de la symphyse pubienne ! qu'on eût certainement mieux fait de sectionner.

Et nous constatons avec étonnement que, comme conclusions, l'auteur, après avoir bien mis en lumière les méfaits du forceps, ne conseille d'avoir recours à la symphyséotomie qu'après avoir fait deux ou trois prudentes applications de forceps ! ! !

Oculos habent, et non vident.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de gynécologie (Handbuch der Gynäkologie), par J. VEIT. Bergmann, éditeur à Wiesbaden, t. I et t. II, 1897.

A notre époque il est, pour ainsi dire, impossible à un individu isolé d'écrire un traité complet de gynécologie, tant les travaux qui paraissent journellement sont nombreux. Aussi Veit a-t-il eu l'idée de distribuer la gynécologie à un certain nombre d'auteurs qui, écrivant chacun une monographie sur un point séparé objet déjà d'études antérieures de sa part, ont pu donner chacun sur un sujet spécial un exposé complet de la question. La réunion de ces monographies constitue le traité de gynécologie dont Veit nous offre aujourd'hui les deux premiers volumes.

Le premier contient les monographies suivantes : « Asepsie et antisepsie en gynécologie » par Löhlein, de Giessen. « Anomalies de position et de mobilité de l'utérus et des organes avoisinants »

par Küstner, de Breslau; « maladies du vagin » par Veit de Leyden; « blennorrhagie des organes génito-urinaires de la femme » par Bumm, de Bâle; « malformations de l'appareil génital de la femme » par Nagel, de Berlin.

Dans le tome II, nous trouvons « Les maladies de la vessie de la femme » par Fritsch, de Bonn; « les méthodes d'examen physiques de la vessie » par Viertel, de Breslau; « les métrites » par Döderlein, de Leipzig. L'étude des myômes a été partagée entre un certain nombre de gynécologistes : Gebhard, de Berlin, a traité l'anatomie et l'histologie; Veit l'étiologie, la symptomatologie et le pronostic; Schaeffer, de Berlin, le traitement électrique; Veit le traitement palliatif et les opérations vaginales; Olshausen, de Berlin, les opérations, abdominales, les rapports des myômes et de la grossesse.

Nous n'entrerons pas dans un examen détaillé de chacun de ces chapitres. Ce sont choses qu'il faut lire dans le texte même; qu'il nous suffise de dire que ces chapitres sont intéressants, que la bibliographie est en général soignée, que l'impression est bonne et les figures suffisantes, bien que peu nombreuses et souvent dépourvues d'originalité. Ce traité nous semble appelé à avoir du succès, surtout si le tome III ne tarde pas dans son apparition.

Traité de kinésithérapie gynécologique, par M. STAPFER. Paris, 1897.

Il nous suffira d'annoncer l'apparition de ce livre à nos lecteurs: le nom de M. Stapfer est garant du succès. Tout le monde sait que, depuis des années, M. Stapfer s'est fait chez nous l'apôtre de la méthode de Brandt. Il nous donne aujourd'hui, avec une traduction du livre de Brandt, l'exposé de ses recherches, de ses observations, de la technique qu'il suit et des résultats qu'il a obtenus. C'est dire l'intérêt que présente cet ouvrage. Sans être de ceux qui pensent que le massage est une panacée qu'on doit utiliser dans tous les cas, nous croyons que chez certaines malades le massage peut rendre de réels services. Les nombreuses figures illustrant le traité de M. Stapfer permettront à tous ceux qui voudront utiliser le massage de le mettre en pratique et suffiront à le guider dans sa pratique.

Medical and surgical report of the Presbyterian hospital in the city of New-York, t. II, 1897.

Le volume publié cette année ne contient que peu de mémoires afférant à la gynécologie proprement dite, mais un certain nombre intéressent le chirurgien abdominal, et à ce titre méritent d'être mentionnés ici : BRIDDON, Cholélithiase et chirurgie des voies biliaires; ANDREW J. MC. COSH, deux cas de perforation d'ulcère gastrique ; TILDEN BROWN, Tuberculose rénale ; BRIDDON, Chirurgie gastro-intestinale ; NORTHRUP, Invagination chez un enfant de 7 mois ; FORBES HANKS, 66 cas d'appendicite ; ELIOT, Gangrène de la graisse rétro-péritonéale ; ANDREW J. MC. COSH, Hernie ombilicale congénitale; FORBES HANKS, 17 néphrectomies consécutives.

Le volume se termine par une statistique générale des opérations et l'exposé du mode général de préparation des objets de pansement.

L'Épispadias chez la femme (So-called Epispadias in woman), par J. W. BALLANTYNE.

A propos d'une observation personnelle, Ballantyne réunit 37 observations d'épispadias chez la femme et trace une histoire générale de cette affection.

Le Traitement des suppurations pelviennes (Die Behandlung der Beckeneiterungen), par MAX SANGER, Leipzig, 1897.

Nous n'avons pas à analyser le mémoire que publie actuellement Sänger dans les *Sammlung klinische Vorträge ;* c'est sa communication au Congrès de Genève dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs (voir *Annales*, septembre 1896).

De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale, par R. PICHEVIN.

Après un historique de la question et une discussion des revendications de priorité sur des points contestés, Pichevin décrit les divers procédés d'hystérectomie vaginale préconisés et étudie les accidents et les complications de cette opération.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XLVII

Janvier à Juin 1897.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XLVII

Janvier à Juin 1897.

MÉMOIRES ORIGINAUX

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XLVIII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages au moins, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements	20	—
Pour les pays de l'Union postale	22	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 67, rue de Rome, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XLVIII

Contenant des travaux de

BORDAS, DIRIART, DUJON, FIEUX, HARTMANN, LABUSQUIÈRE, LÉOPOLD, LOUTHOKHINE, LVOFF, MARTIN, NOBLE, OLSHAUSEN, PINARD-ALBARRAN-VARNIER, PINARD, RICHELOT, VARNIER, WALLICH, WEINSTEIN, WINCKEL, ZWEIFEL.

1897

(2e SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1897

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE. SA TECHNIQUE OPÉRATOIRE. SES INDICATIONS

Par **Henri Hartmann.**

Dans cette courte note, je désire simplement donner le résumé de mes 18 dernières hystérectomies abdominales totales. J'aurais désiré attendre qu'une expérience plus longue m'eût permis de parler avec plus d'autorité, mais puisqu'un débat se trouve actuellement ouvert sur la question, je crois utile de publier les résultats que j'ai obtenus.

Après avoir essayé divers procédés, après avoir attaqué le vagin par devant, par le côté, par derrière, je suis arrivé à cette conclusion que la vraie voie d'attaque du vagin était le cul-de-sac postérieur. Au début, j'ai quelquefois rencontré des difficultés pour ouvrir ainsi ce conduit. Le cul-de-sac postérieur me paraissait peu abordable, l'incision d'ouverture du vagin était quelquefois un peu latérale ; en un mot, je ne marchais pas avec une assurance parfaite.

Cela tenait à ce que je m'y prenais mal, car aujourd'hui l'opération me semble des plus simples. Pour aborder avec facilité la paroi postérieure du vagin, il faut commencer par bien dégager l'excavation, par sectionner l'étage supérieur du ligament large en dehors des annexes, par énucléer, s'il y a lieu, les

fibromes intra-ligamentaires. Ces manœuvres faites, l'utérus se laisse attirer en haut et en avant sur la symphyse ; la paroi postérieure du vagin est, dans tous les cas, devenue facilement abordable. Je l'ouvre sur la ligne médiane postérieure, puis je désinsère le col, d'abord en arrière, puis à droite, puis en avant, puis à gauche, pinçant les utérines avant de les couper. Notre manière d'opérer n'est en somme qu'un dérivé des procédés américains et du procédé de Doyen.

C'est en suivant ces règles générales que nous avons opéré depuis le 1er octobre 1896. *Les 18 hystérectomies abdominales totales*, que nous avons pratiquées depuis cette époque, *ont toutes été suivies de guérison*. Voici avec quelques détails quelle est exactement notre manière de procéder, prenant pour type une castration abdominale totale pour annexite suppurée.

Manuel opératoire.

1° *Préparation de la malade.* — Purgation l'avant-veille, bain et lavement la veille ; au moment même de l'opération, savonnage et rinçage au sublimé à 1/4000 de la vulve préalablement rasée et du vagin, veillant à bien nettoyer les culs-de-sac.

2° *Opération.* — La malade est placée sur le plan incliné à 45°, les cuisses fixées en abduction. Désinfection de la paroi abdominale ; limitation du champ opératoire avec des compresses stérilisées.

A. — *Incision de la paroi.* — L'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané s'étend du pubis à 1 où 2 centimètres de l'ombilic, quitte à allonger l'incision par en haut si l'on a affaire à un gros fibrome. On pince dans l'angle pubien de la plaie, sur chaque lèvre de l'incision, les deux bouts d'une artériole coupée. La simple pression d'une compresse stérilisée sur les lèvres de la plaie suffit à arrêter le sang des autres petits vaisseaux sectionnés, et il est presque toujours inutile d'encombrer le champ opératoire de pinces hémostatiques.

L'aponévrose mise à nu, on fend la gaine d'un des muscles

droits immédiatement à côté de la ligne médiane, puis, passant entre le bord interne de ce muscle et le raphé fibreux médian, on arrive sur le feuillet postérieur de sa gaine, qu'on sectionne en y faisant un pli qu'on soulève avec deux pinces. Pinçant, soulevant et sectionnant ainsi successivement les divers feuillets fibreux ou graisseux qui se présentent, on arrive au péritoine qu'on ouvre de la même façon. La boutonnière, qui y est faite en dédolant, est ensuite agrandie par en haut et par en bas de deux coups de ciseaux, et les bords de sa section sont repérés avec quatre pinces à pression.

B. — *Libération des annexes.* — Les bords de la plaie étant écartés avec deux rétracteurs, l'épiploon est relevé après libération ou pincement et section si c'est nécessaire. S'il n'y a pas d'adhérences intestinales, pour peu que la malade soit bien endormie, par le fait de la position élevée du bassin les intestins quittent l'excavation et tombent du côté du diaphragme. Rien n'est alors plus facile que de séparer avec des compresses stérilisées l'excavation du reste de l'abdomen, de manière à pouvoir opérer *en champ limité.*

Si les intestins ne se laissent pas relever immédiatement, il ne faut pas les décoller avec brutalité, ni à l'aveugle. Se rappelant que le danger est la péritonite, qu'il faut à tout prix limiter l'infection à l'excavation, on marchera lentement, circonscrivant avec des compresses son champ opératoire intra-abdominal et décollant peu à peu l'intestin (le plus souvent il s'agit de l'anse oméga), soit avec l'ongle, soit même en s'aidant du bistouri ou des ciseaux. On fera très attention de rester toujours dans le champ limité par des compresses pour être à l'abri de toute contamination de la grande séreuse dans le cas où une poche purulente viendrait à se crever au cours des manœuvres de décollement, ce qui est très fréquent.

L'intestin libéré et relevé est reporté en dehors de l'excavation dans la grande cavité abdominale ; il est protégé par des compresses stérilisées chaudes et légèrement humides. Une compresse médiane s'étendant de l'angle supérieur de l'incision au promontoire, deux autres latérales allant des lèvres

de la plaie à la partie interne des fosses iliaques, ferment en quelque sorte le ventre et laissent sous les yeux de l'opérateur une excavation bien limitée, absolument isolée de la grande séreuse péritonéale, espace où l'on peut dès lors manœuvrer sans se préoccuper le moins du monde des poches suppurées que l'on pourrait dorénavant crever.

La décortication des annexes est commencée au voisinage de la ligne médiane postérieure, contre l'utérus, puis au fond du cul-de-sac recto-utérin; de ce point on les relève en général assez facilement, les détachant du rectum, de la face postérieure du ligament large et de la paroi de l'excavation.

Lorsque cette libération est terminée, les annexe déroulées et relevées sont saisies dans une pince à traction à mors larges et amenées hors du ventre. Une pince de Kocher est placée en dehors d'elles sur le ligament large; un fin fil de soie est mis sur les vaisseaux utéro-ovariens au moment où ils vont pénétrer dans le ligament large, et avec les ciseaux on coupe celui-ci entre la ligature et la pince, séparant tout l'étage supérieur du ligament large d'un seul coup (voir fig. 1). Rien ne saigne, l'artère utéro-ovarienne étant le seul vaisseau important de la région supéro-externe du ligament large.

Mêmes manœuvres pour les annexes du côté opposé.

A ce moment, dans le cas où des poches suppurées se sont rompues dans l'excavation, on procède à un nettoyage rigoureux de cette cavité avec des tampons trempés dans un peu de sublimé au 1/1000e, et ensuite avec de la gaze stérilisée qu'on tasse et qu'on laisse momentanément en place s'il existe un suintement sanguin provenant de la libération des adhérences. On change alors les compresses protégeant l'intestin si elles ont été contaminées, on enveloppe dans des compresses imprégnées de sublimé les annexes suppurées sorties de l'abdomen, mais encore adhérentes, afin que leur contenu n'inocule pas les lèvres de la plaie, et l'on procède à l'hystérectomie.

C. — *Hystérectomie.* — Une incision transversale au bistouri est alors menée de la partie terminale de l'incision du ligament large gauche à celle du ligament large droit; cette

incision, qui n'intéresse au milieu que la séreuse, passe immédiatement au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin sur la ligne

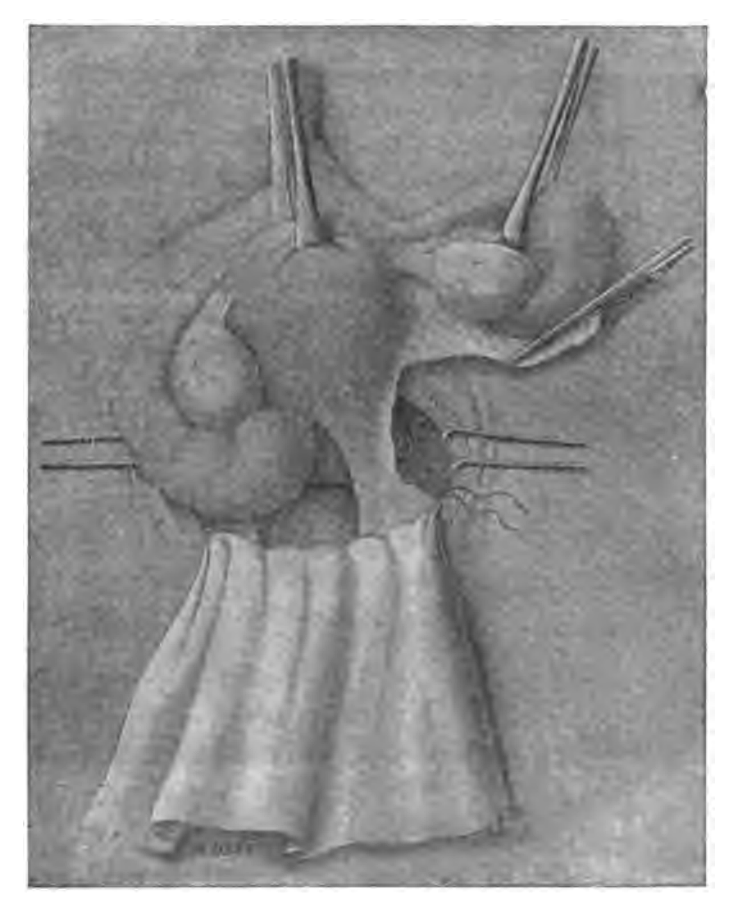


Fig. 1. — Les vaisseaux utéro-ovariens du côté droit sont liés; on voit émerger du ventre l'extrémité des fils de la ligature; la partie supéro-externe du ligament large est coupée entre la ligature et une pince de Kocher, en dehors des annexes qu'on attire en haut.

médiane, coupant sur les côtés les ligaments ronds au niveau desquels il est nécessaire de pincer un petit vaisseau. La vessie est décollée d'un coup de pouce.

Avec une pince à traction on tire alors l'utérus fortement sur le pubis. Ce qui était souvent impossible au début de l'opération

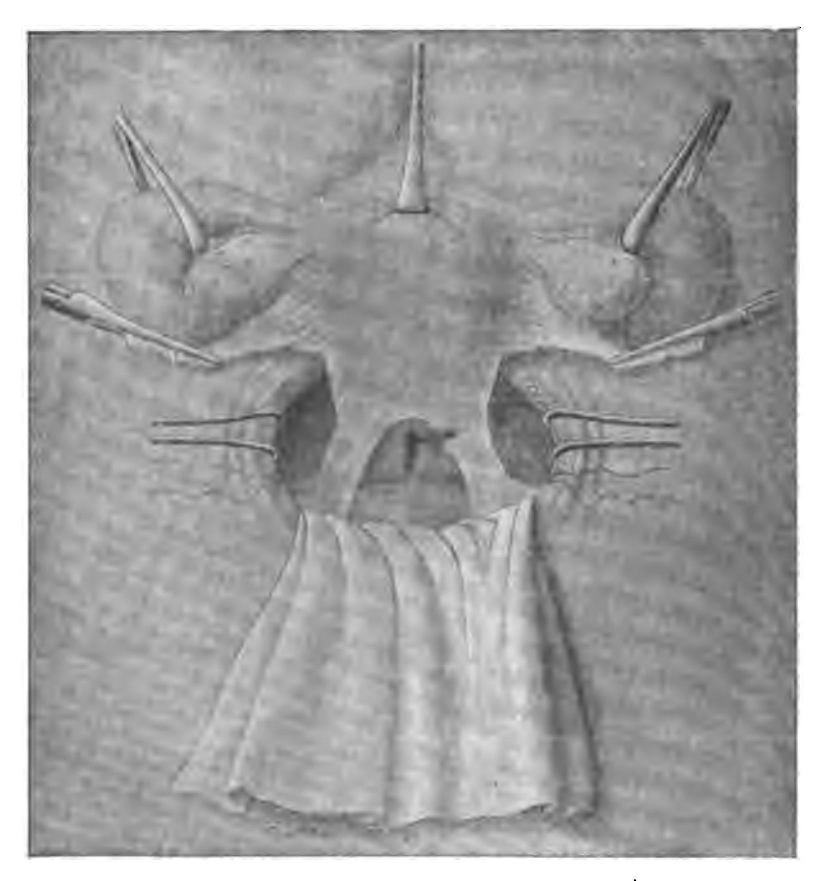


FIG. 2. — Les deux ligaments larges sont coupés dans leur étage supérieur; les annexes et l'utérus sont fortement attirés en haut et en avant; le cul-de-sac postérieur du vagin est ouvert sur la ligne médiane, la désinsertion du col est commencée à droite.

est alors toujours possible, et, grâce à la section faite aux ligaments larges, l'utérus se laisse amener au dehors, rendant ainsi le cul-de-sac vaginal postérieur facilement accessible. Avec une pince légèrement courbe sur le plat et à mors longs,

introduite par la vulve, un aide fait saillir cette paroi postérieure du vagin. Il entr'ouvre légèrement les mors de cette pince, et, entre eux, l'opérateur, d'un coup de bistouri, fend la paroi vaginale suivant une direction antéro-postérieure. Deux pinces à branches un peu longues repèrent immédiatement les lèvres de cette incision.

Introduisant l'index gauche dans la boutonnière ainsi formée

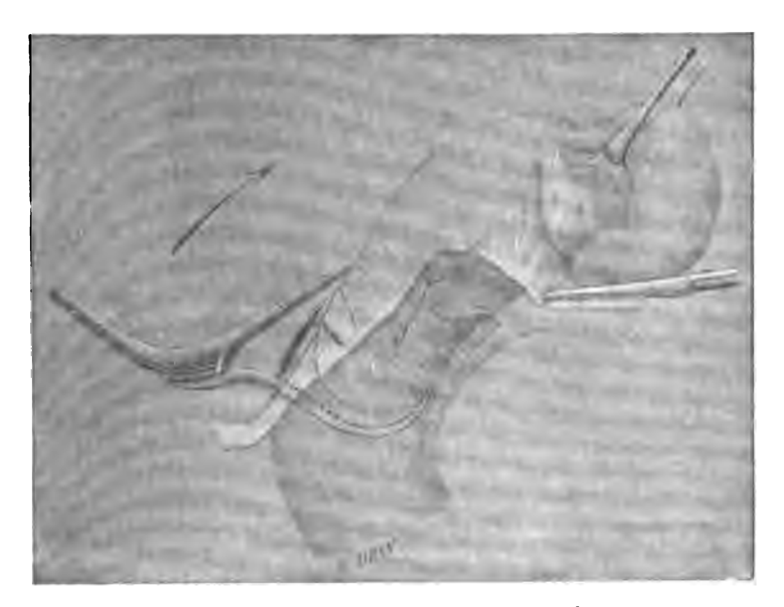


Fig. 3. — Vue latérale des parties; la partie externe du ligament large en dehors de la section est supprimée.

et soulevant sa lèvre droite, le chirurgien, d'un coup de ciseaux courbes, désinsère du col la moitié postérieure droite du vagin (fig. 2). Il est alors facile, avec une pince coudée d'un modèle spécial, de saisir fortement le col et de l'attirer en haut et en arrière (fig. 3). Cette manœuvre permet de sectionner la paroi vaginale au niveau de la base du ligament large, puis en avant du col, sans empiéter sur le ligament large, de manière à éviter la lésion de l'artère utérine.

Le vagin étant désinséré du col en avant, on peut aisément

décoller avec le doigt le feuillet postérieur du ligament large qui contient l'artère utérine, placer sur celle-ci une pince de

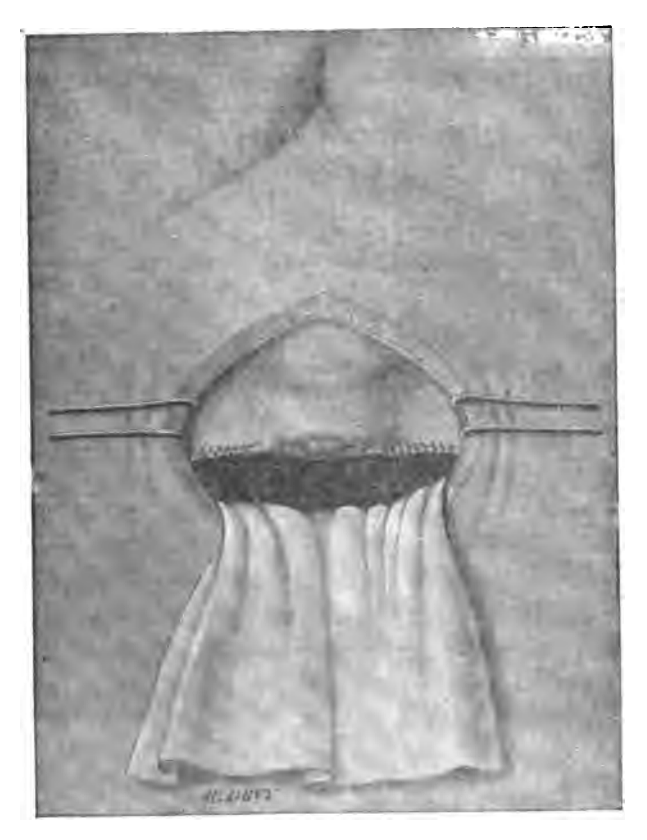


FIG. 4. — État des parties à la fin de l'opération. Un surjet à droite et un à gauche ferment les ligaments larges; deux points du catgut rétrécissent l'orifice vaginal, qui, resté entr'ouvert, laisse apparaître l'extrémité d'une mèche de gaze.

Kocher, puis donner un coup de ciseaux sur ce qui reste de ligament large tout contre l'utérus.

La bascule est alors faite de telle façon qu'on libère complètement la face antérieure de l'utérus et qu'il ne reste plus pour terminer l'opération qu'à placer une pince sur l'artère utérine

gauche et à sectionner ensuite le ligament large de ce côté.

On fait la ligature isolée des vaisseaux avec de fins fils de soie, puis un surjet à la soie fine ou au catgut réunit les deux feuillets péritonéaux du ligament large et enfouit les petites ligatures artérielles.

D. — *Fermeture de la plaie.* — Tamponnement iodoformé du vagin fait de haut en bas. Suture au catgut de l'incision médiane postérieure du cul-de-sac. Rétrécissement de l'orifice supérieur du vagin par quelques points de catgut qui appliquent le lambeau antérieur sur la surface de section postérieure du vagin (fig. 4).

Dans le cas où existe une surface de décortication très considérable, on a soin de limiter le foyer en mettant en rapport les unes avec les autres les parties dénudées par la décortication et en ramenant à son niveau l'épiploon. Conformément à une pratique déjà ancienne de mon maître Terrier (1), je n'hésite pas, pour limiter le foyer, à placer quelques soies réunissant au besoin l'épiploon et des franges épiploïques de l'anse oméga. En pareil cas, je draine avec un gros tube de caoutchouc sortant par l'angle inférieur de l'incision abdominale.

Suture à 3 étages, gaze aseptique, un peu d'iodoforme au niveau du pubis et au pourtour de l'orifice du drain, lorsqu'il y en a un. Pansement ouaté compressif.

3° *Soins consécutifs.* — Les soins consécutifs sont des plus simples. Le premier jour, glace, champagne, une très petite quantité de morphine. Lavement le troisième jour pour provoquer une garde-robe. Puis début d'alimentation en augmentant graduellement.

Lorsque nous plaçons un drain nous faisons, une, ou au besoin deux fois par jour, le pansement, et à chaque pansement nous aspirons le liquide en nous servant d'une petite sonde rouge de Nélaton préalablement bouillie que nous introduisons dans le drain et dont nous mettons, par le tube de l'appareil Potain, le

---

(1) TERRIER et HARTMANN. — Remarques cliniques, anatomiques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs de laparotomie pour lésions suppurées périutérines. Suites immédiates et éloignées de l'opération. *Annales de gynécologie*, 1er mai 1893, p. 417.

pavillon en rapport avec une bouteille dans laquelle on a préalablement fait le vide. Dès que le suintement sanguin a cessé, au deuxième ou au troisième jour, nous retirons le tube à drainage. Le sixième jour nous enlevons la gaze iodoformée vaginale, et à partir de ce moment nous faisons deux fois par jour des irrigations antiseptiques du vagin.

Résultats.

Nos dix-huit opérations, toutes suivies de guérison, se décomposent en :

Annexites bilatérales, 12, dont 9 suppurées.

Épithélioma du corps utérin, 1.

Fibromes, 5 (desquels 1 pourrait être rangé dans les annexites, car il s'agissait d'un petit utérus fibromateux avec double hydrosalpingite).

Nous jugeons inutile de rapporter ici ces diverses opérations; celles pour annexites doivent du reste paraître ces jours-ci dans la thèse de notre élève Audiau. Nous nous contenterons de relater une de nos opérations pour fibrome inclus dans le ligament large, afin de bien montrer que le manuel opératoire, que nous avons indiqué, s'applique à tous les cas.

Fibrome inclus dans le ligament large gauche. Hystérectomie abdominale totale. Guérison.

M. M..., 33 ans, entre à l'hôpital Bichat dans le service de notre maître le professeur Terrier, que nous avions l'honneur de suppléer, le 22 octobre 1896.

Réglée à 15 ans, elle a toujours eu des règles abondantes et régulières, revenant tous les 28 jours. Mariée à 18, elle a souffert de douleurs de reins pendant les premiers temps qui ont suivi son mariage. Elle n'a jamais eu ni enfants ni fausse couche.

Depuis 7 à 8 ans les règles devinrent douloureuses le jour de leur apparition, au point de nécessiter le séjour au lit ; en même temps elles se rapprochèrent un peu, revinrent tous les 24 à 25 jours, sans cependant augmenter comme quantité. Il y a 5 à 6 ans la malade remarqua

qu'elle était gênée pour se coucher du côté gauche. La gêne, qu'elle ressentait constamment du côté gauche, a toujours persisté, pour prendre peu à peu les caractères d'une douleur sourde, s'exacerbant par petites crises de 2 à 3 heures de durée, maxima pendant l'intervalle des règles ou pendant le séjour au lit.

Ce n'est qu'en 1893 que la malade constata la présence d'une tumeur qui a constamment et progressivement augmenté de volume.

A son entrée, on constate la présence d'une tumeur lobulée, dure, mobile latéralement, remontant à 3 doigts au-dessus de l'ombilic. Au toucher vaginal, le col est haut placé, petit, refoulé à droite par une masse arrondie, dure, présentant comme la tumeur abdominale avec laquelle elle se continue, les caractères habituels du fibrome, et descendant en avant du cul-de-sac vaginal antérieur.

Lorsqu'on prend la tumeur abdominale entre deux mains et qu'on cherche à la soulever, *tout le périnée, l'anus et la partie postérieure de la vulve sont attirés en haut* et se dépriment d'une manière considérable. Urines : 500 gr. par jour ; D = 1018 ; urée, 19 gr. 21 par litre.

Hystérectomie abdominale totale, le 24 octobre 1896. — Le chloroforme est donné par le Dr Bourbon ; nous sommes aidé par MM. Dujon et Stanculéanu.

L'abdomen étant ouvert par une incision qui dépasse en haut l'ombilic, nous voyons que le corps utérin est refoulé à droite par un énorme fibrome enclavé dans le ligament large gauche.

Nous plaçons une pince de Kocher de chaque côté, en dehors des annexes, et lions les vaisseaux utéro-ovariens à droite et à gauche. Section des ligaments larges en dehors des annexes. Incision du péritoine ligamentaire autour du fibrome dont la partie culminante seule est libre dans le péritoine. Décollement du fibrome avec l'ongle en restant très exactement à son contact. L'incision antérieure a été continuée à droite, en arrière de la vessie jusqu'à la partie terminale de la première section extra-annexielle du ligament large droit.

Le fibrome énucléé sans perte de sang, l'utérus est fortement attiré en avant sur le pubis ; le vagin est ouvert en arrière sur une pince qu'un aide pousse dans le cul-de-sac postérieur, la désinsertion vaginale est faite, la ligature des deux utérines et les autres temps de la fin de l'opération comme à l'ordinaire.

Une petite complication survient à la fin de l'opération. Nous venions de terminer nos deux surjets sur les ligaments larges, droit et gauche, lorsque, vérifiant une dernière fois l'état des parties avant de

refermer le ventre, nous constatons qu'il se forme à gauche un hématome intra-ligamentaire. Immédiatement nous faisons sauter le surjet, enlevons le caillot et pinçons, puis lions au fond de la cavité d'énucléation une artériole que nous n'avions pas vue tout d'abord.

Guérison. La malade quitte l'hôpital le 22 novembre un mois après l'opération.

Cette observation nous a paru intéressante parce qu'elle a trait à un fibrome assez gros, inclus, et parce qu'il s'est présenté à la fin de l'opération une petite complication. Les autres hystérectomies pour fibromes, et celle pour épithélioma du corps n'ont rien présenté de particulier ; aussi nous semble-t-il inutile de relater leur histoire.

Indications.

Comme on le voit par les faits que nous venons de relater, l'hystérectomie abdominale totale est une opération indiquée pour nous dans les *fibromes*, dans le *cancer du corps utérin* et dans les *annexites doubles nécessitant la castration bilatérale*.

La première indication est d'ores et déjà admise par tout le monde ; nous n'avons donc pas à la défendre.

La deuxième le sera par tous ceux qui auront vu pratiquer ou qui auront, comme nous, pratiqué et l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale totale. Beaucoup de ces cancers du corps sont très friables et l'organe demande à être manié avec ménagements. Souvent nous avons vu les tissus se déchirer pendant les tractions de l'hystérectomie vaginale. Bien plus, nous avons une fois vu un opérateur, dont toutes les pinces avaient déchiré à la fois les tissus, chercher ensuite péniblement à rattraper le fond de l'utérus qui avait sauté dans la profondeur, comme tiré par un lien élastique. Ce sont là complications qu'on évite par l'opération abdominale.

Reste une dernière indication à justifier, celle de l'hystérectomie abdominale comme complément de la castration annexielle bilatérale. Et je ne parle plus maintenant, comme il y a

un an, à Genève (1), de la suppression d'utérus gros et saignants, je ne trouve plus, comme mon ami Henri Delagénière, l'indication de l'opération dans quelques cas exceptionnels ; comme Krug en Amérique, comme Bardenheuer en Allemagne, *je pratique l'ablation de l'utérus dans tous les cas où l'état des annexes est tel que je dois sacrifier les deux côtés.*

J'y ai été conduit par la comparaison des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale avec ablation simultanée des annexes, et de la castration abdominale annexielle. Il est certain que si l'on compare les résultats éloignés, non pas de la simple hystérectomie vaginale, mais de la castration totale vaginale avec ceux de la castration abdominale annexielle, les résultats éloignés sont incontestablement supérieurs avec l'opération vaginale.

L'opération abdominale, limitée à la castration annexielle, ne nous a donné en bloc que 55,32 p.100 de guérisons, *absolument complètes*, chiffre comparable à ceux de Schauta, qui, sur 189 laparotomies revues, note 107 guérisons complètes, soit 56 p.100 (2). Si l'on recherche, comme nous l'avons fait avec notre élève Audiau, la cause des troubles persistants, on trouve que, dans certains cas, elle est dans les moignons d'amputations annexielles, mais que ce n'est là que l'exception. Sur 21 de nos opérées ayant encore quelques troubles après laparotomie, nous n'avons trouvé que 7 moignons douloureux. Aussi la suppression de tout moignon (3) que nous pratiquons actuellement, à l'exemple des Américains Krug, Kreutzmann, Dunning, Penrose, Kelly, etc., et de notre collègue Delbet en France, lorsque nous pouvons, ce qui est toujours notre but, limiter nos sacrifices à un côté,

(1) Voir : *Annales de gynécologie*, septembre 1866.

(2) SCHAUTA. *Congrès de Vienne*, 1895.

(3) Pour supprimer tout moignon nous faisons une petite ligature isolée à la soie de l'utéro-ovarienne au moment où elle pénètre dans le ligament large, une deuxième ligature de l'arcade artérielle au-dessous de la corne utérine ; nous excisons en coin les annexes, la portion intra-utérine de la trompe, et nous réunissons ensuite les feuillets péritonéaux et la plaie cunéiforme de l'utérus par un surjet à la soie.

est-elle insuffisante. Bien des malades souffrent après la castration annexielle d'une métrite gonorrhéique rebelle aux traitements, occasionnant des douleurs, des écoulements divers ; aussi croyons-nous qu'il n'y a pas à hésiter. Autant nous sommes réservé lorsque nous pensons pouvoir garder avec l'utérus les annexes d'un côté, autant nous sommes décidé à sacrifier un utérus, inutile et gênant, toutes les fois que nous sommes conduit à pratiquer l'ablation bilatérale des annexes.

Non seulement l'ablation simultanée de l'utérus ne semble pas aggraver l'intervention, mais peut-être même qu'à part un allongement de la durée opératoire, elle l'améliore dans ses suites en supprimant des surfaces suintantes et en régularisant le foyer. L'accumulation d'un grand nombre de faits permettra seule de tirer à cet égard une conclusion définitive. Dès à présent on peut dire que les résultats sont bons, et il nous semble qu'il y a lieu de s'avancer dans la voie où actuellement nous sommes engagé.

TECHNIQUE DE M. ROUTIER POUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Par le Dr **Raymond Dirlart**,
Ancien interne des hôpitaux.

La technique dont nous entreprenons la description est celle que nous avons vu employer par notre maître M. Routier, pendant les années 1895 et 1896.

Préparation des malades. — La malade, qui va subir une hystérectomie abdominale totale, est toujours préparée deux ou trois jours à l'avance. On rase la vulve et le mont de Vénus et on fait faire, deux fois par jour, de grandes injections vaginales de permanganate de potasse à 1/ 2000. Chaque injection est suivie d'un pansement vaginal fait avec des mèches de gaze iodoformée dont on bourre le vagin. Si le col utérin est sale ou exulcéré, il est nettoyé avec des tampons de ouate

hydrophile et au besoin touché avec de la teinture d'iode. La veille de l'opération, la malade est purgée, et un dernier pansement vaginal est fait le soir vers six heures.

Table d'opération. — Toute table à renversement peut être utilisée. M. Routier se sert toujours d'une table très simple en bois peint qui permet, dans une salle bien éclairée comme l'est le pavillon Nélaton à l'hôpital Necker, de mettre la malade successivement dans la position de l'hystérectomie vaginale et dans la position inclinée sans qu'il soit nécessaire de changer de place les pieds de la table. On est ainsi assez bien éclairé pour le vagin et admirablement pour l'abdomen.

Instruments. — L'instrumentation est des plus simples. Elle comprend les instruments indispensables à toute intervention chirurgicale grave : 2 bistouris, 2 pinces à griffes, 1 pince à disséquer, deux douzaines de pinces hémostatiques, des ciseaux droit et courbe, trois ou quatre grandes pinces de Museux, l'aiguille de Deschamps, deux grandes aiguilles droite et courbe de Reverdin, une grande pince à grande courbure et à long manche, et deux liens élastiques en caoutchouc plein ayant chacun 50 centimètres de longueur sur 2 centimètres d'épaisseur. Ces instruments ont été simplement plongés dans l'eau portée à l'ébullition et maintenus en ébullition pendant vingt minutes, puis placés dans un plateau rempli de la solution phéniquée faible. Ces instruments seront placés à portée de l'opérateur au début de la laparotomie. Avec ce premier plateau d'instruments on en a préparé un second qui ne contient qu'un bistouri, deux pinces de Museux, un large écarteur vaginal, une paire de ciseaux droits, trois ou quatre pinces hémostatiques et une sonde uréthrale de femme.

Aides. — Les aides sont au nombre de trois, un pour le chloroforme, un second chargé de passer les éponges, les compresses et la soie au troisième aide qui est le seul aide direct du chirurgien.

Opération. — Toutes nos opérées de l'année ont été anesthésiées au chloroforme qui semble donner une résolution plus

complète que l'éther et nous paraît préférable pour les grandes opérations de la chirurgie.

1er Temps. — *Par le vagin, ouverture complète ou incomplète des culs-de-sac postérieur et antérieur.* — La malade endormie est attirée vers la partie inférieure de la table d'opération et placée dans la position de l'hystérectomie vaginale ; les jambes sont maintenues de chaque côté par deux infirmiers, la durée du temps vaginal étant trop courte pour s'encombrer de supports ou jambières. La vessie est complètement vidée et les organes génitaux externes savonnés et aseptisés au permanganate de potasse et à la liqueur de Van Swieten.

L'opérateur, assis entre les jambes de la malade, saisit le col utérin dans une pince de Museux et l'attire aussi bas que possible à la vulve. L'aide, assis à la gauche de l'opérateur, introduit dans le vagin la valve postérieure qu'il tient de la main droite et saisit de la main gauche la pince de Museux qu'il attire ainsi que le col en haut. Avec le bistouri l'opérateur fait sur la face postérieure du col utérin, à 2 centimètres de son bord libre, une incision transversale sans entamer ni d'un côté ni de l'autre les insertions latérales du vagin, puis, soit avec le bistouri, soit aux ciseaux, soit avec les doigts, il essaie de détacher les insertions du vagin sur le col et d'ouvrir le cul-de-sac postérieur. Si celui-ci ne cède pas très facilement on renonce à l'ouverture complète du cul-de-sac et on se contente de la désinsertion incomplète du vagin sur le col. On place momentanément une éponge montée dans le cul-de-sac. Quelquefois il est nécessaire de poser une pince ou deux sur la tranche vaginale. Si l'ouverture du cul-de-sac postérieur a donné issue à une notable quantité de pus, on fera un large drainage du cul-de-sac et l'hystérectomie sera renvoyée à une époque ultérieure.

Ceci fait, on passe au cul-de-sac antérieur. L'aide placé toujours à la gauche de l'opérateur saisit maintenant la valve vaginale de la main gauche et la pince de Museux de la main droite, dès que l'opérateur a commencé l'ouverture du cul-de-

sac antérieur qui se fait comme celle du cul-de-sac postérieur. L'aide attire ainsi le col en bas, permettant au chirurgien de désinsérer le vagin de bas en haut avec les ciseaux, tout en ayant comme guide son index gauche. On ne s'attardera pas non plus trop longtemps à essayer d'ouvrir le cul-de-sac antérieur.

Lavages du vagin au sublimé faible. L'hémostase est assurée, si besoin est, par une grosse éponge montée qui remplace l'éponge provisoire qu'on avait mise dans le cul-de-sac postérieur.

Tout ce temps vaginal doit être très rapidement fait et ne doit pas excéder comme durée quatre ou cinq minutes; puis la malade, replacée complètement sur le lit, est mise en position inclinée et aseptisée au niveau de la paroi abdominale, pendant que le chirurgien et l'aide se lavent de nouveau les mains.

2e Temps. — *Laparotomie. Traitement des annexes* (1). — L'ouverture du ventre ne présente rien de particulier dans les cas de fibrome si ce n'est que d'emblée on fait au bistouri une ligne d'incision allant du pubis à l'ombilic. L'hémostase est assurée au fur et à mesure, et, quand on a une paroi saignante, on place des ligatures au catgut avant l'ouverture du péritoine qui est faite aux ciseaux après une première boutonnière. Le péritoine est pris dans des pinces hémostatiques et accolé systématiquement aux bords de la gaine fibreuse des muscles droits. Le péritoine ouvert, on recherche les adhérences qui peuvent exister entre l'épiploon et la tumeur d'une part, entre l'épiploon et les annexes de l'autre. S'il en existe on prend l'épiploon dans une ou plusieurs ligatures à la soie et l'on coupe. Des éponges montées sont placées dans le ventre derrière la tumeur, de façon à protéger les intestins, et on va à la recherche des annexes. Si celles-ci sont saines, souples et mobiles, rien de plus simple que de porter une ligature double à la soie en dehors de l'ovaire sur la partie supérieure du liga-

(1) Le chirurgien se place à la gauche de la malade et l'aide à la droite.

ment large. L'aiguille de Deschamps qui porte la soie doit prendre une bonne épaisseur du ligament large qui sera pris à ce niveau entre deux ligatures à la soie (1). Entre ces deux ligatures, incision du pont ligamentaire qui les réunit et attouchement des deux bouts au thermocautère, quel que soit le bon état supposé des annexes. Les annexes du côté opposé seront traitées de la même façon.

Ce temps opératoire, facile dans le cas que nous venons de supposer, est plus souvent délicat du fait de lésions annexielles qui accompagnent les fibromes. Il doit être effectué encore avec plus de soins, et si la décortication paraît impossible, on fait un pédicule à la soie du côté utérin, quitte à essayer à nouveau la décortication après la libération du pédicule utérin ou à renvoyer à la fin de l'opération l'ablation des annexes, ce qui est un pis aller.

On a ainsi détaché les adhérences les plus dangereuses au point de vue de l'infection.

Quand le fibrome est flanqué d'annexes suppurées se présentant sous forme de poches plus ou moins tendues, la décortication ne doit être tentée qu'après avoir vidé ces poches avec un appareil aspirateur. Ces décortications sont beaucoup plus dangereuses et on devra dans ces conditions porter toute son attention sur la protection des anses intestinales. Les annexes suppurées pédiculisées seront touchées au thermo-cautère avec le plus grand soin, et le moignon adhérent à l'utérus fibromateux devra être autant que possible enveloppé dans une compresse stérilisée.

Ce temps de l'opération que nous considérons comme d'une haute importance doit être fait avec le minimum de traction du côté du fibrome. Toutefois, il sera utile dans beaucoup de cas de soulever la masse, mais il vaut mieux éviter les fortes tractions avant la prise et la libération complète des annexes, car elles pourraient avoir pour effet de détruire des adhérences et de déverser dans le péritoine des germes d'infec-

(1) Voyez figure 1.

tion qui entraîneraient presque fatalement des accidents péritonitiques dont l'acuité dépendrait de la virulence de ces germes.

3e TEMPS. — *Extériorisation et énucléation des fibromes.* — La mise du fibrôme hors du ventre doit autant que possible ne pas précéder le temps que nous venons de décrire et doit être effectuée de façon bien différente, suivant que le fibrome se trouve développé dans l'abdomen ou qu'il est enclavé dans le petit bassin. Dans le premier cas, le chirurgien insinue ses deux mains sous le fibrome et le luxe bientôt au dehors, à moins qu'il n'en soit empêché par l'excès de volume de la tumeur, cas dans lequel on aura recours à la décortication du fibrome. Dans le second cas, l'utérus restant enclavé dans le petit bassin et maintenu dans cette position par la pression atmosphérique, on se trouvera bien de se servir du tire-bouchon. Celui-ci est appliqué sur le dôme utérin, et quand il est profondément enfoncé dans l'épaisseur même du fibrome on exerce des tractions qui suffisent presque toujours à vaincre les plus grandes résistances. C'est à ce moment que l'on doit juger de l'opportunité ou de l'inutilité de la décortication du fibrome, temps qui n'offre aucun danger mais qui doit être évité si l'on peut s'en passer, car alors il ne fait qu'augmenter la durée de l'opération. Si le fibrome ne peut pas être extériorisé ou si par son volume il doit gêner les mouvements de l'opérateur pour ouvrir ultérieurement les culs-de-sac et assurer l'hémostase de la partie inférieure des ligaments larges, le fibrome sera décortiqué.

Pour la bonne exécution de ce temps, le tire-bouchon ou une pince de Museux, placé sur le dôme utérin, est confié à l'aide qui le saisit de la main gauche et exerce ainsi une légère traction sur le fibrome. Le chirurgien fait sur la face antérieure du fibrome une incision verticale et médiane qui, partie de la partie inférieure, aboutit au dôme fibromateux en plongeant d'emblée et profondément dans l'épaisseur de la tumeur. Une véritable inondation sanguine suit le commencement de l'exécution de ce temps ; mais celle-ci s'atténue et s'arrête même bientôt à mesure qu'on décortique de plus en plus le fibrome. Ce temps doit donc

être fait avec la plus grande rapidité,et c'est à grandes tranches qu'il faut couper dans le fibrome sans trop se rapprocher cependant des ligaments larges; et pour cela la meilleure technique consiste à pincer dans la masse blanchâtre le plus de tissus possible et à évider autour avec un bistouri droit ou courbe, plutôt qu'avec les ciseaux. Si l'incision a ouvert des troncs arté-

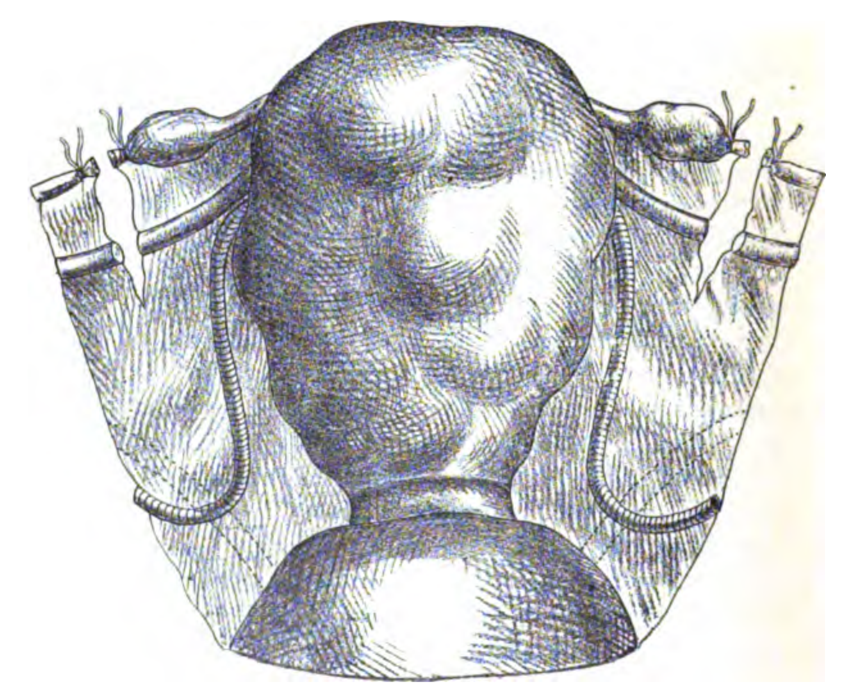


FIG. 1. — Libération des annexes.

riels ou veineux qui continuent trop longtemps à saigner, on placera quelques pinces hémostatiques sur les vaisseaux qui donnent. Avec ce temps la tumeur diminue de volume, les ligaments larges s'affaissent, n'ont plus la même hauteur, et dès que l'on juge la décortication suffisante on rapproche les deux lèvres de l'incision qu'on maintient accolées par une pince : on a ainsi transformé un énorme fibrome en une véritable coque

utérine beaucoup plus mobilisable dans tous les sens (fig. 1 et 2).

4ᵉ Temps. — *Ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur.* — Qu'on ait eu recours ou non à la décortication du

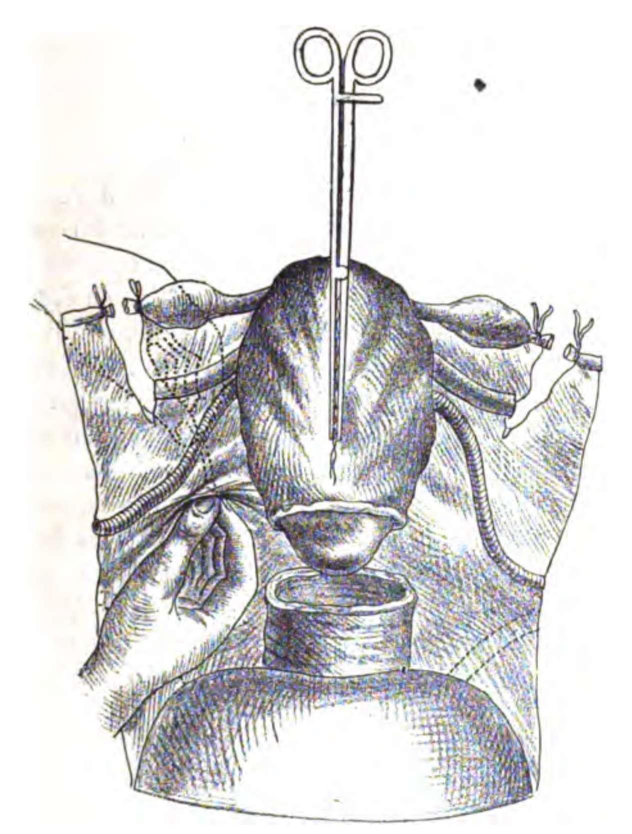


Fig. 2. — Ouverture des culs-de-sac vaginaux et application du premier lien élastique après décortication du fibrome.

fibrome, l'ouverture des culs-de-sac se fait de la même façon car l'incision verticale ne descend pas jusqu'au cul-de-sac antérieur ; elle s'arrête à trois ou quatre centimètres au-dessus. Si ces culs-de-sac ont pu être ouverts par le vagin il suffira, par l'abdomen, de les agrandir. Pour l'antérieur le chirurgien,

après l'avoir libéré encore par deux ou trois coups de ciseaux de chaque côté de l'orifice, y introduit ses deux index, et c'est en les éloignant l'un de l'autre qu'il obtient l'écartement en dehors des uretères et le décollement complet de la vessie. Pour le cul-de-sac postérieur la manœuvre est encore plus facile et deux coups de ciseaux suffisent à assurer sa large ouverture, l'utérus ayant été au préalable basculé sur le pubis.

Dans le cas où les culs-de-sac n'ont pas été ouverts, la technique est la suivante : Après s'être rendu compte du point culminant du péritoine (et pour cette recherche il n'est point besoin de faire introduire une sonde dans la vessie) on fait à un centimètre ou deux de ce point une incision transversale du péritoine, puis, profitant de la brèche ainsi faite, on descend à coups de ciseaux entre la vessie et le corps fibreux, inclinant la pointe de son instrument plutôt en arrière et protégeant le plus possible de la main gauche la vessie, que l'on attire vers le pubis : ainsi on perfore son cul-de-sac d'autant plus vite que la désinsertion du vagin sur le col avait pu être menée plus haut dans le premier temps vaginal. Le cul-de-sac antérieur est ainsi ouvert, et comme nous l'avons décrit plus haut, on l'ouvre encore plus largement en y introduisant les index, ce qui chasse en dehors les uretères qui sont ainsi protégés. Pour ouvrir le cul-de-sac postérieur, on bascule le fibrome ou sa coque sur le pubis et on fait sur la face postérieure du corps fibreux une prise au bistouri ou aux ciseaux qui fait bientôt pénétrer par le cul-de-sac postérieur, dans le vagin.

Dans notre description l'incision du cul-de-sac antérieur est toujours faite avant celle du postérieur, mais dans la pratique le premier cul-de-sac ouvert est celui qui tombe sous la main au moment où on décide qu'il est temps de les ouvrir.

5e Temps. — *Hémostase des ligaments larges.* — Pour la commodité de la description de ce temps nous supposerons qu'on va commencer par assurer l'hémostase du ligament large droit. L'inverse pourra se produire si on le préfère.

L'aide, maintenant le fibrome par la pince saisie de la main droite, l'attire en haut et vers la gauche sans toutefois exagérer

la traction, et le chirurgien, qui a pris le lien élastique de la main droite, insinue cette main derrière la face postérieure du fibrome, allant ainsi avec son doigt plonger dans le cul-de-sac postérieur à la recherche du bord droit du col utérin. Parvenu

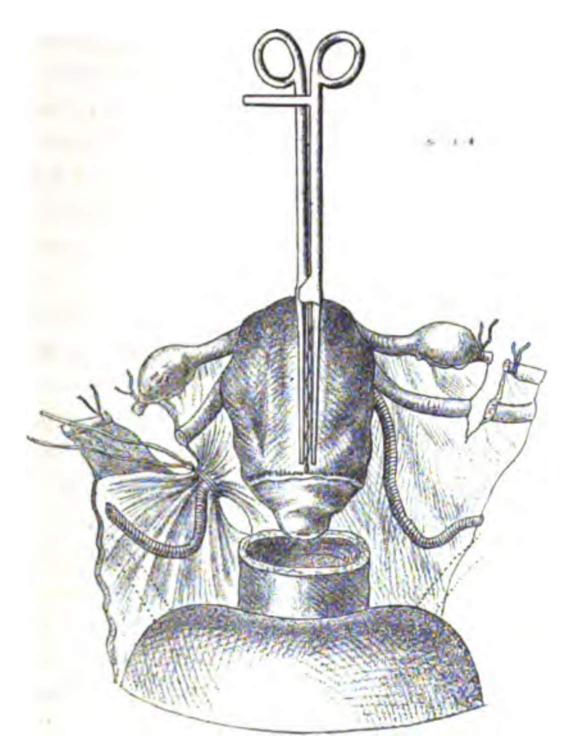


FIG. 3. — Plissement du ligament large après l'application du lien élastique.

au niveau de ce bord, le lien élastique apparaît dans le cul-de-sac antérieur où la main gauche du chirurgien vient à la recherche de l'extrémité libre du caoutchouc qui peut être bientôt pris entre le pouce et l'index et attiré le long de la face antérieure du ligament large droit. Le lien est ainsi placé à cheval sur le ligament autour duquel on lui fait faire, en suivant la même voie, un autre tour. Il est nécessaire, à chaque

tour, d'exercer de fortes tractions sur le lien élastique, puis, les deux circulaires étant faits autour du ligament ainsi fortement enserré, le chirurgien qui tient les deux chefs du lien les croise en les tendant fortement, tandis que le deuxième aide porte une ligature à la soie très serrée au niveau de l'entrecroisement des deux chefs du lien élastique (fig. 6). Pendant ce temps l'aide principal tient toujours de sa main droite le fibrome qu'il porte en haut et à gauche, et de sa main gauche il écarte momentanément la paroi abdominale, favorisant ainsi la pose de la ligature à la soie sur le caoutchouc. La ligature étant définitive (fig. 3), on coupe ras le fil de soie et on détache les insertions du ligament large sur l'utérus en ayant soin que la section faite aux ciseaux se fasse aux dépens des parois de l'utérus plutôt qu'aux dépens du ligament lui-même. L'utérus est dès ce moment libre d'adhérences sur tout son bord droit, et on essaie de le faire basculer autour du ligament large gauche. Pour y arriver on prend dans une pince le bord droit de l'utérus qu'on saisit le plus bas possible, et on arrive à pincer petit à petit le col utérin lui-même. Le chirurgien exerce des tractions sur la pince du col de façon à amener celui-ci en haut et à droite, faisant ainsi évoluer le fibrome autour du ligament large gauche (fig. 4). La bascule est jugée suffisante quand on estime qu'on peut insinuer au-dessous du col un lien élastique. A ce moment l'aide maintient la pince du col attirée en haut et à droite, et le chirurgien tend au-dessous de la partie inférieure du ligament large gauche un lien élastique qui est passé deux fois autour de ce ligament par une manœuvre plus facile que précédemment, l'utérus pouvant être élevé et abaissé à volonté (fig. 4). Le lien élastique est arrêté comme le premier par une ligature à la soie posée au niveau de l'entrecroisement des deux chefs élastiques que tend le chirurgien, tandis que maintenant l'aide principal attire la masse fibromateuse vers la droite et en bas. Le lien élastique étant posé, on sectionne le ligament large le long du bord gauche utérin et ainsi la tumeur est complètement enlevée.

L'hémostase utérine a, dans la plupart de nos cas, été assu-

rée par des liens élastiques, mais elle peut être faite aussi avec de la soie : le lien élastique a l'avantage sur la soie de ne pas déchirer les tissus, ce qui arrive assez souvent avec la soie, obligeant à assurer après coup l'hémostase par des liga-

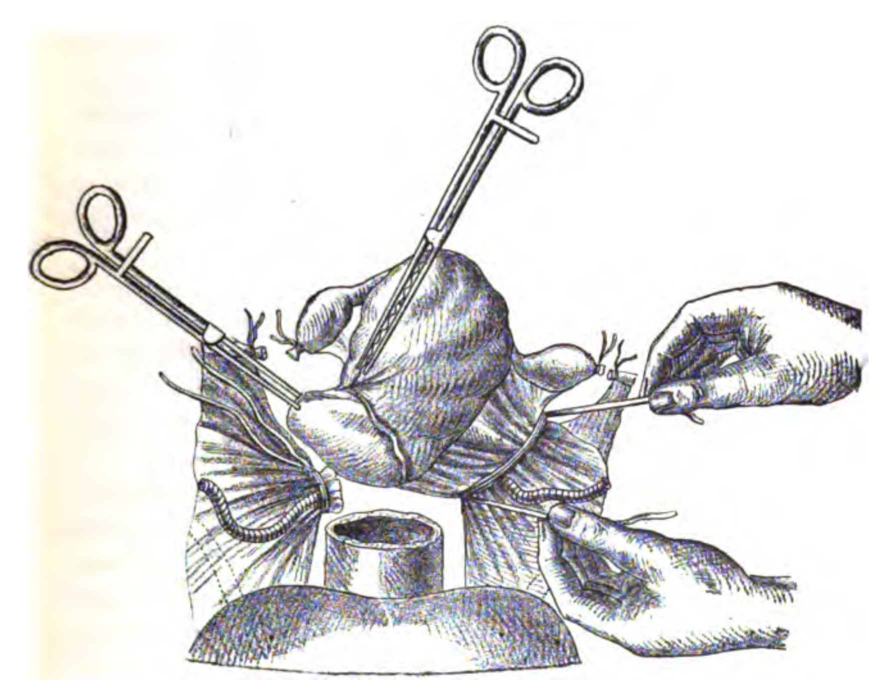


FIG. 4. — Bascule de l'utérus fibromateux autour du ligament large encore adhérent. — Application du second lien élastique.

tures séparées qu'il est très difficile d'appliquer bien, à cause de la profondeur de la plaie chirurgicale.

6ᵉ TEMPS. — *Toilette du péritoine. — Passage des liens dans le vagin.* — Quand la tumeur est enlevée, on est en présence d'un petit bassin rempli de sang noir coagulé qui provient surtout de la décortication : il faut donc s'en débarrasser et procéder minutieusement à la toilette du péritoine, en enlevant le moindre caillot avec des éponges montées. Une dernière éponge passée de l'abdomen dans le vagin chasse

de ce conduit le sang qui avait pu s'y loger, et est retirée par le second aide. Quand l'opération a été pénible, difficile, ou

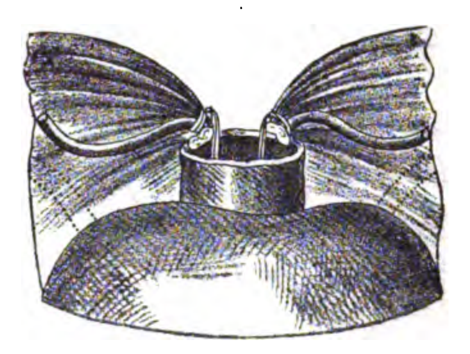


FIG. 5. — Pédicules élastiques attirés dans le vagin.

qu'on a eu des salpingites à décortiquer, M. Routier promène

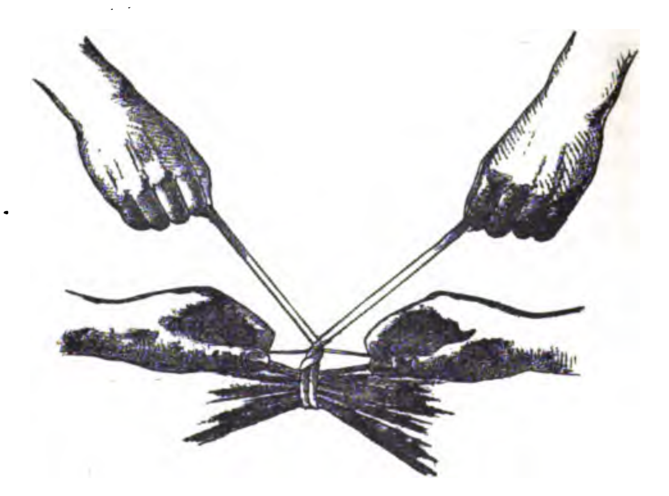


FIG. 6. — Manière de serrer le lien élastique avec un fil de soie

dans le petit bassin une éponge imbibée de poudre d'iodoforme.

Le petit bassin étant bien asséché et l'hémostase définitive, le second aide passe par le vagin une pince courbe à long manche dont le bec, en suivant la paroi antérieure du vagin,

proémine bientôt dans le ventre. Dès que le chirurgien l'aperçoit il fait ouvrir la pince et présente entre les mors de celle-ci les deux liens élastiques et une mèche de gaz iodoformée sur lesquels la pince se referme, puis doucement l'aide entraîne les liens et la mèche dans le vagin. Il faut avoir soin de laisser les liens assez longs de façon à ce que l'on n'ait point à exercer de traction intempestive sur eux.

7ᵉ Temps. — *Fermeture du ventre.* — L'abdomen a toujours été refermé avec des crins de Florence profonds et superficiels. Les premiers sont passés à travers la peau, le tissu cellulaire, la gaine des droits, le muscle lui-même et le péritoine. Quatre ou cinq crins profonds assurent la fermeture et ne sont serrés qu'une fois qu'il n'y a plus de crins à passer. Si la paroi est trop épaisse, les crins peuvent être remplacés par des fils d'argent ou de la soie. Les fils superficiels assurent l'affrontement.

Pansement à la gaze iodoformée. Ouate hydrophile, ouate ordinaire. Bandage de corps, sous-cuisses. Nous n'avons rien de particulier à dire sur le traitement ultérieur de ces opérées : elles sont soignées comme toutes les laparotomisées. La mèche vaginale est retirée en général vers le 4ᵉ jour et remplacée par un pansement vulvaire, et les liens élastiques tombent seuls à une période qui varie du 20ᵉ au 30ᵉ ou au 40ᵉ jour. Des injections vaginales sont instituées vers le 6ᵉ ou le 7ᵉ jour. (*A suivre.*)

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE (1)

Par le Dʳ **Richelot.**

J'ai publié récemment, dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* (nᵒ 2, mars-avril 1897), un procédé d'hystérectomie contre les fibromes utérins ; c'est la dernière modification à laquelle je me suis arrêté dans le traitement de ces tumeurs par la voie sus-pubienne. Je ne reproduirai pas

---

(1) Communication à la *Société de Chirurgie de Paris.*

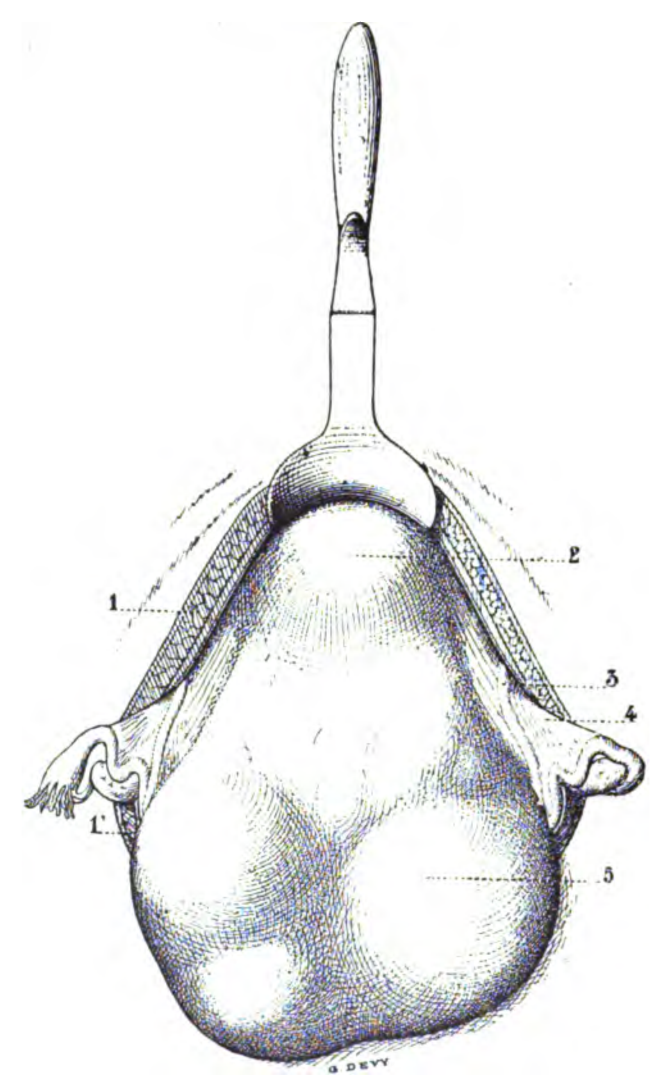


Fig. 1. — 1, 1', lèvres de la plaie abdominale. — 2, 2', vessie. — 3, ligament rond. — 4, ligament large. — 5, fibromes utérins. — 6, surface avivée du segment inférieur. — 7, artère utérine. — 8, lambeau péritonéal antérieur refoulé dans le petit bassin. — 9, tissu paramétrique. — 10, 11, pinces à traction saisissant la plaie vaginale. — 12, compresses protégeant l'intestin. - 13, plaie vaginale suturée. — 14, suture du lambeau péritonéal rabattu. (Cette légende est commune aux figures 1-6.)

ici ma description avec de longs détails, car il n'est pas d'usage

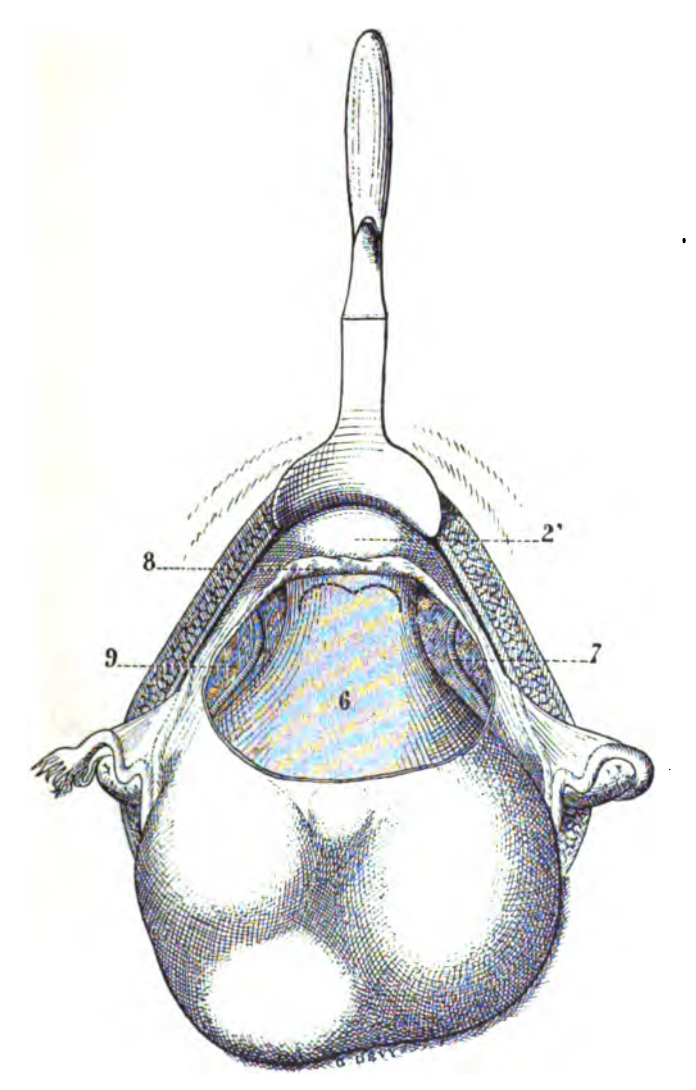


Fig. 2.

de prendre un mémoire déjà paru pour sujet d'une communica-

tion à notre Société. Si je rappelle seulement en quelques mots

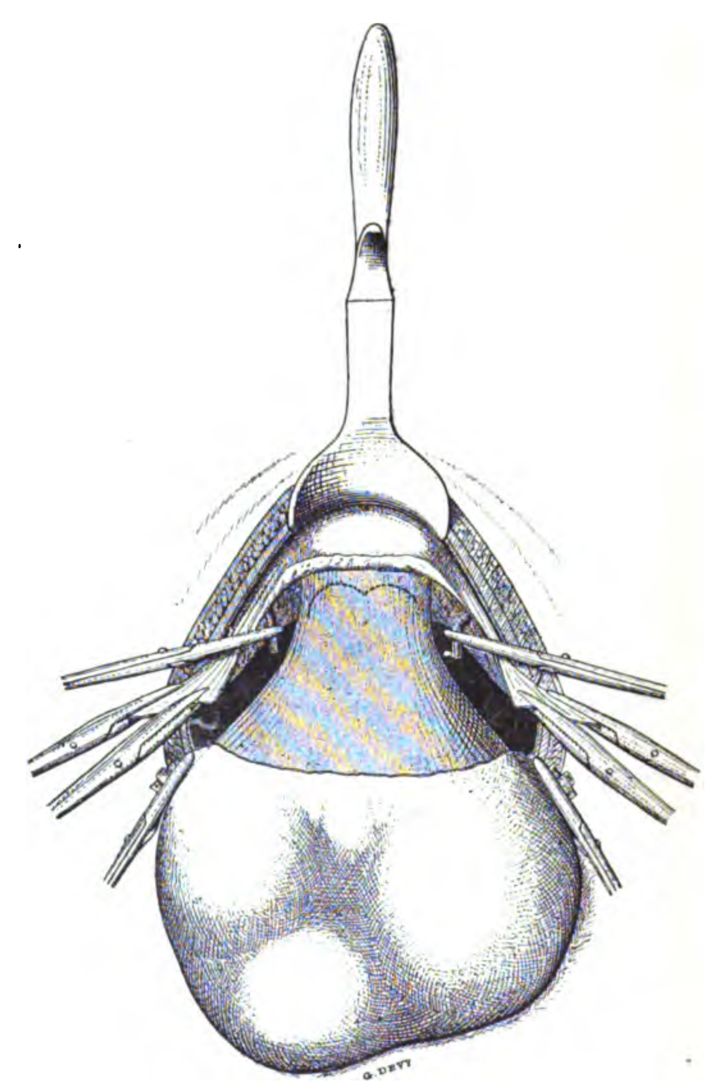


FIG. 3.

les divers temps de l'opération, c'est pour vous montrer ces

figures, qui sont très démonstratives, et pour arriver, par une

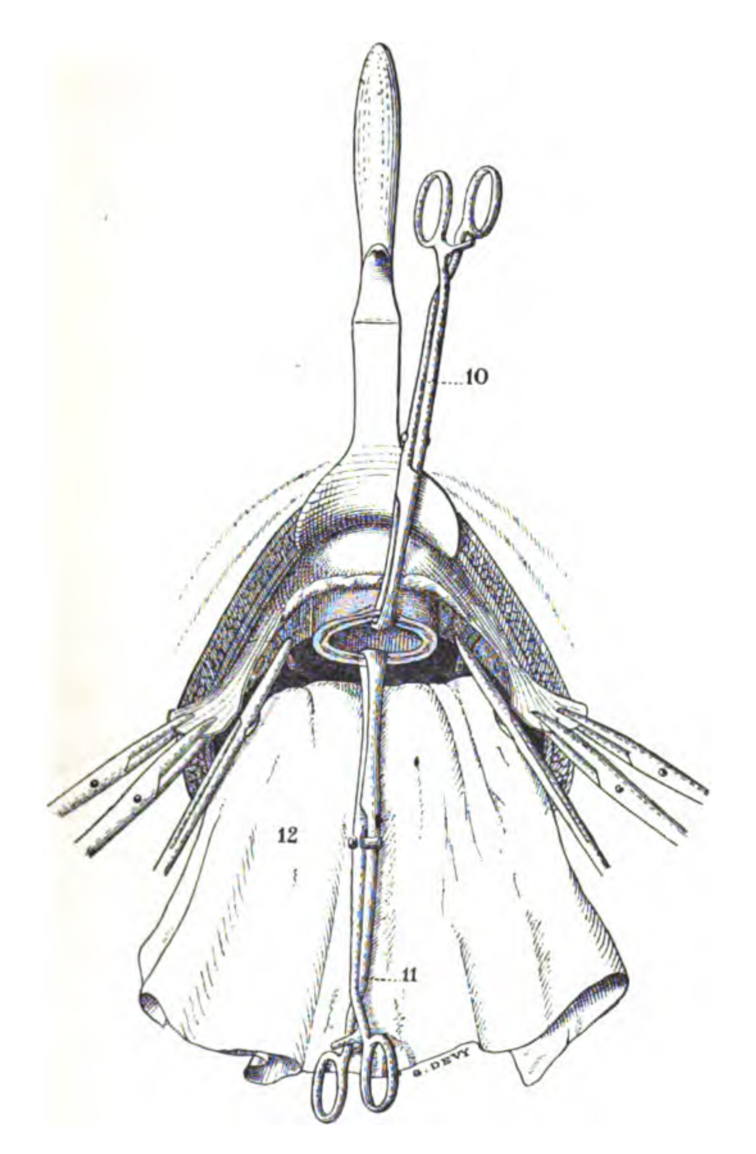


FIG. 4.

transition naturelle, à vous parler de l'hystérectomie abdominale totale contre les affections des annexes.

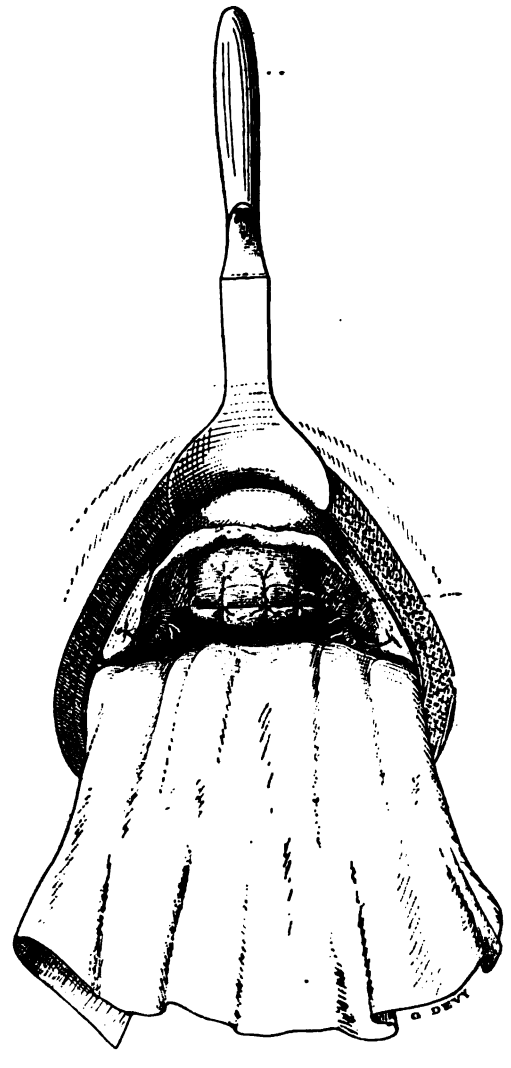


FIG. 5

La malade est sur le plan incliné, le chirurgien à sa gauche.

L'incision faite, la masse fibreuse est sòrtie de l'abdomen ; une valve large, placée vers le pubis, ouvre la plaie et donne du jour (fig. 1).

Un lambeau péritonéal antérieur est taillé, pour refouler la vessie dans le petit bassin. Le doigt, en décollant le péritoine, met à nu le tissu paramétrique, au milieu duquel on voit par transparence l'artère utérine (fig. 2).

On libère l'utérus à droite et à gauche, en échelonnant trois pinces environ sur le ligament large, et coupant au ras de l'organe. La première pince saisit le bord supérieur du ligament, la dernière saisit l'utérine (fig. 3).

Il suffit alors, pour détacher l'utérus, de couper circulairement l'insertion vaginale avec des ciseaux, au jugé pour ainsi dire, en pénétrant un peu dans le tissu utérin, de telle façon qu'il en reste à chaque lèvre de la plaie vaginale (fig. 4).

Aussitôt que l'utérus est enlevé, on ferme le vagin avec trois ou quatre fils de catgut, pour faire l'hémostase de la tranche postérieure qui saigne toujours. Puis on traite les ligaments larges, en substituant aux pinces non des fils de soie forte qui étreignent les tissus en un ou deux faisceaux, restent dans le ventre ou sont amenés dans la plaie vaginale pour s'éliminer tardivement, mais avec des catguts séparés, échelonnés de bas en haut, placés perpendiculairement à l'axe vertical du ligament large, dont les premiers saisissent l'utérine et les derniers ferment l'étage supérieur. Le ligament n'est pas tiraillé, reste à sa place et conserve sa hauteur ; aucun fil ne peut glisser (fig. 5).

Il ne reste plus qu'à rabattre le lambeau péritonéal antérieur pour couvrir le moignon vaginal et la région de l'utérine. Quelques points suffisent; le résultat final est une ligne de sutures séro-séreuses en croissant ou en fer à cheval (fig. 6).

L'opération, dans les cas simples, est rapide, car l'utérus peut être enlevé en moins d'un quart d'heure ; mais elle est toujours prolongée par les sutures et par la nécessité de faire l'hémostase avec soin. Elle atteint une heure et au delà, lorsque la manœuvre est gênée par la disposition anormale des

fibromes ou par des lésions annexielles, lorsqu'il faut se recon-

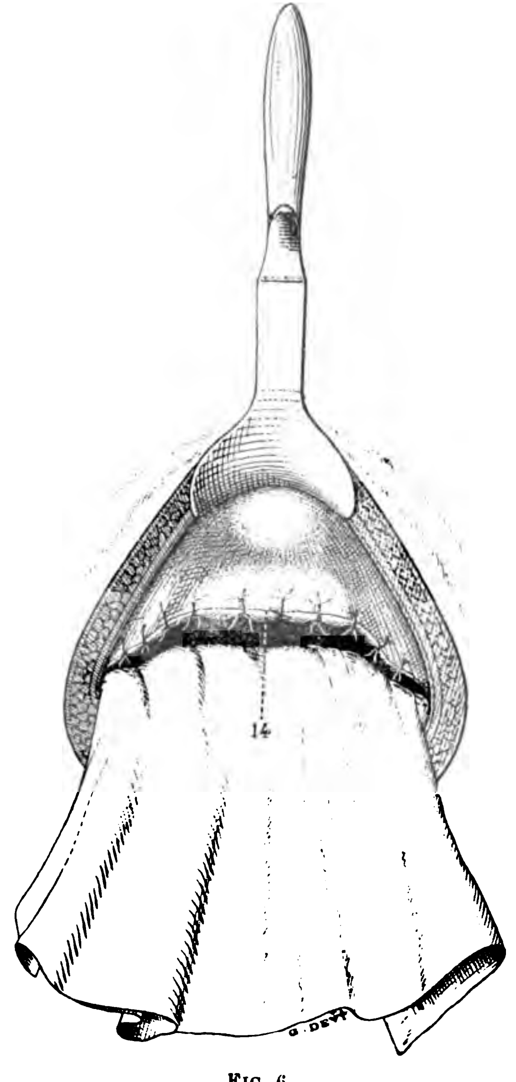


Fig. 6.

naître au milieu des organes déformés, dédoubler les ligaments

larges, les pincer irrégulièrement, les reconstituer en rapprochant leurs lambeaux déchiquetés, etc.

Ces réserves faites, l'opération ainsi comprise est arrivée à un tel degré de simplicité, qu'il me paraît difficile d'aller plus loin. Mais j'ai hâte d'en venir à *l'hystérectomie abdominale totale contre les affections des annexes.*

Et d'abord, pourquoi vous parler d'hystérectomie abdominale contre ces affections, quand on est comme moi partisan déclaré de l'hystérectomie vaginale ? A coup sûr, je n'ai pas abandonné mes vieilles préférences. Mais chacun sait qu'il y a des cas où le chirurgien est obligé de choisir la voie sus-pubienne: c'est quand la femme est jeune et que la lésion bilatérale n'est pas démontrée. On cherche à n'enlever qu'un ovaire et à conserver l'autre ; une fois sur deux, on tombe sur des lésions étendues, qui vous mettent en demeure de pratiquer la castration double. Doit-on se repentir alors de n'avoir pas su faire le diagnostic et choisir l'autre voie ? Oui, si on n'a d'autre ressource que la castration ovarienne ; car celle-ci est plus grave que l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppuration, et, quand même le pronostic opératoire serait le même, il est bien acquis maintenant qu'au point de vue du résultat thérapeutique l'ablation de l'utérus a une réelle importance. Lisez la thèse de Pauchet (*Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes*, etc., Paris 1896), vous verrez que, sur un total de 600 observations qui m'appartiennent, l'hystérectomie vaginale a donné 95 pour 100 de guérisons complètes, et la castration ovarienne 65 pour 100.

Mais voici que les Américains, depuis quelques années, nous conseillent d'enlever l'utérus avec les annexes par la voie sus-pubienne. Au lieu d'adopter l'hystérectomie vaginale, qui a peine à faire son chemin parmi eux, ils ont perfectionné « l'abdominale totale » ; et Delagénière, en France, a plaidé la même cause. Evidemment, si l'utérus est enlevé, le pronostic thérapeutique doit être le même, le simple bon sens l'indique. Reste la question de gravité immédiate. Or, nous possédons aujourd'hui une technique opératoire qui nous donne une grande sécurité

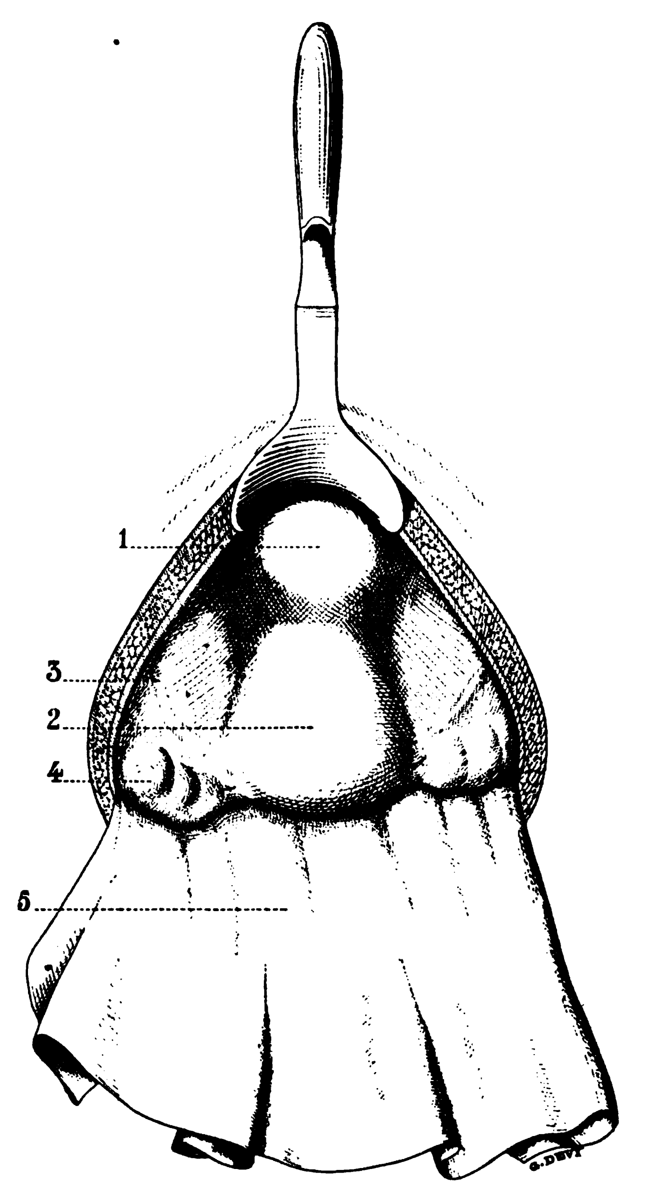


Fig. 7. — 1, vessie. — 2, utérus. — 3, ligament rond. — 4, pyosalpinx. —
(Voir la suite de la légende au bas de la page 37.)

relative; si bien qu'après avoir eu quelque sévérité pour la nouvelle méthode, quand on nous l'a d'abord vantée au détriment de l'hystérectomie vaginale, je me déclare heureux maintenant d'avoir entre les mains une ressource de plus, et je n'hésite pas à conclure en ces termes: toutes les fois que le chirurgien, pour une raison quelconque, choisit la voie sus-pubienne, l'hystérectomie abdominale totale est le correctif et le complément logique, sinon toujours nécessaire, de la laparotomie.

Cette nouvelle technique, je n'aurais pas à vous la décrire s'il s'agissait d'annexes non suppurées, qu'on peut décoller et manier sans grandes précautions ; il suffirait de procéder comme pour les fibromes. Mais ce qui oblige à d'autres manœuvres, c'est la présence des poches purulentes qu'il faut enlever sans les rompre, ou en limitant les dangers de leur rupture. Ces manœuvres, je les emprunte aux procédés américains en les modifiant à ma façon, en y ajoutant les nuances d'exécution, de doigté, d'instrumentation qui me sont personnelles et que chacun peut varier dans une certaine mesure.

Les premiers temps de l'opération peuvent se décrire à peu près dans les termes dont je me suis servi pour les fibromes. Après la mise à nu de l'appareil utéro-ovarien (fig. 7), il s'agit de l'attaquer de bas en haut. Il faut tailler et refouler dans le petit bassin un lambeau péritonéal antérieur, puis s'assurer de l'utérine en plongeant une pince longuette dans le tissu paramétrique pour la saisir (fig. 8).

L'hémostase provisoire ainsi faite, je prends une pince à disséquer, des ciseaux, et j'attaque l'insertion vaginale ; je coupe obliquement, au jugé, en pénétrant un peu dans le tissu utérin,

---

5, compresses protégeant l'intestin. — 6, lambeau péritonéal antérieur refoulé dans le petit bassin. — 7, artère utérine vue par transparence dans le tissu paramétrique, et saisie par une pince longuette. — 8, vagin séparé du col de l'utérus. — 9, col saisi après l'ouverture du cul-de-sac antérieur, fléchi et disséqué. — 10, cavité pelvienne pendant l'énucléation des annexes de bas en haut. (Cette légende est commune aux figures 7-10.)

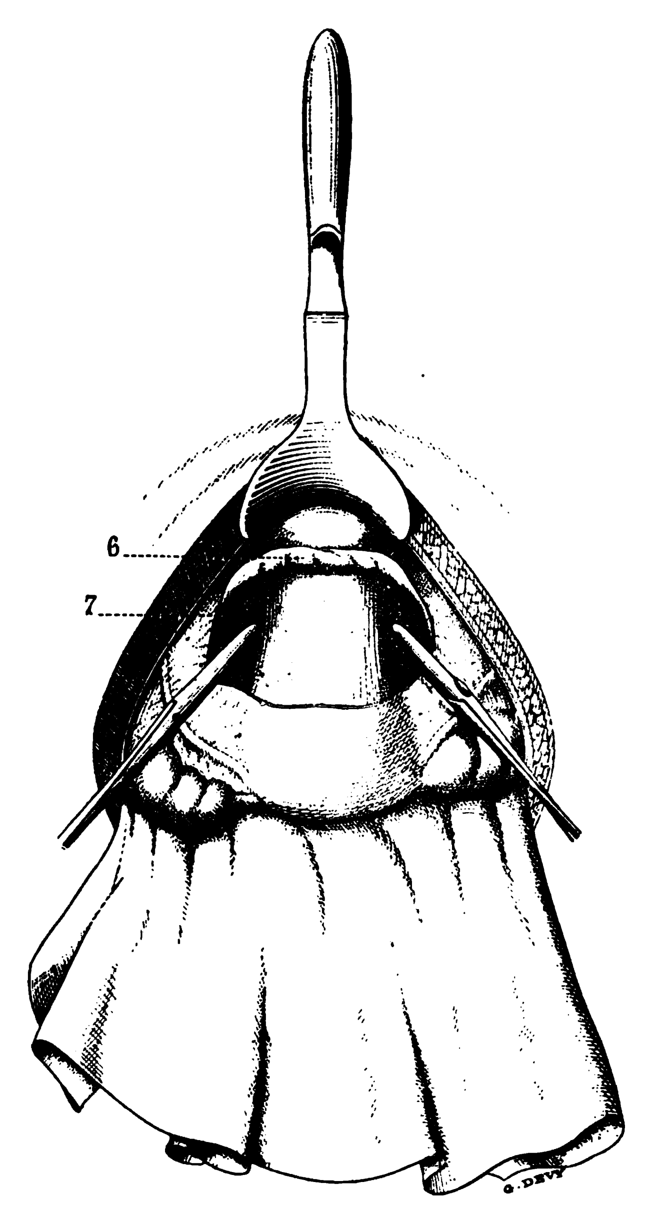


FIG. 8.

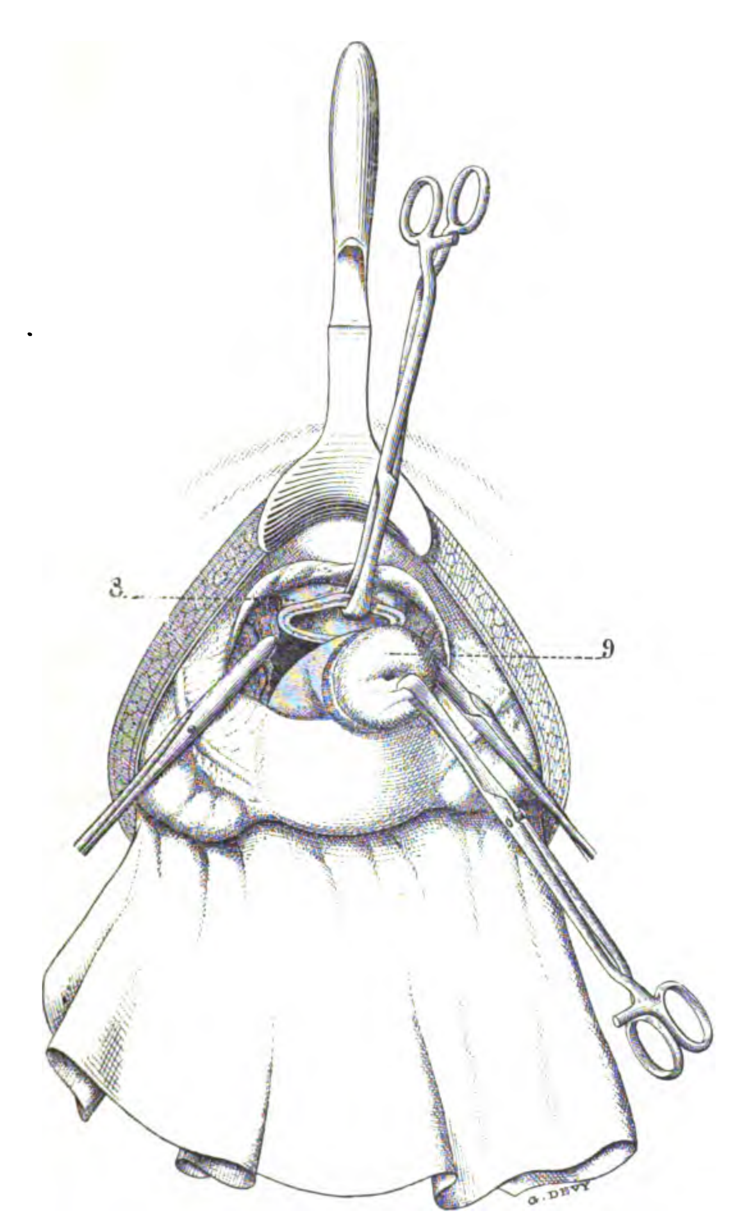


FIG. 9.

et j'ouvre ainsi le cul-de-sac antérieur. Aussitôt que l'ouverture est assez grande, je saisis le museau de tanche avec une pince à traction et je le sors du vagin en fléchissant le segment inférieur; ce qui me permet d'achever peu à peu l'incision circulaire et de libérer le col entièrement (fig. 9).

La manière d'enlever les annexes dépend de leur volume et de leur disposition. Après avoir continué la section au ras de l'utérus, il est utile de déchirer le feuillet antérieur du ligament large, de couper le ligament rond, d'entrer dans le tissu paramétrique, de rompre ou de sectionner quelques tractus fibreux tout près de la poche purulente, de glisser entre elle et la paroi pelvienne pour aller couper le bord supérieur du ligament large en dehors des annexes. Pour faire céder les adhérences profondes, décollez de bas en haut, vous avez des chances pour voir la trompe s'énucléer sans rupture. Décollez de bas en haut, pour respecter jusqu'au dernier moment la ligne d'adhérences la plus élevée, et pour que la rupture se fasse du côté du petit bassin (fig. 10).

Si la rupture a lieu, je conseille de faire un lavage limité à la cavité pelvienne, pour entraîner rapidement les matières septiques, plutôt que de laisser les surfaces péritonéales souillées jusqu'à la fin de l'opération.

Quand on a détaché les annexes d'un côté, on répète la manœuvre du côté opposé, et l'appareil utéro-ovarien est enlevé quelquefois d'un seul bloc. Il reste à faire l'hémostase définitive et le pansement de la cavité pelvienne.

Si le péritoine a été parfaitement protégé et que le drainage soit superflu, faisons l'occlusion vaginale comme dans les cas de fibromes ; c'est un bon moyen d'arrêter le sang de la tranche postérieure. Vient ensuite le traitement des ligaments larges, en liant l'utérine au catgut et échelonnant quelques fils qui rapprochent les deux feuillets; enfin la suture séro-séreuse avec le lambeau péritonéal antérieur rabattu sur le moignon vaginal (fig. 5 et 6). Mais, si l'infection est à craindre, il faut se comporter autrement : l'utérine est liée de la même façon, mais le vagin reste ouvert pour drainer la cavité pelvienne, des

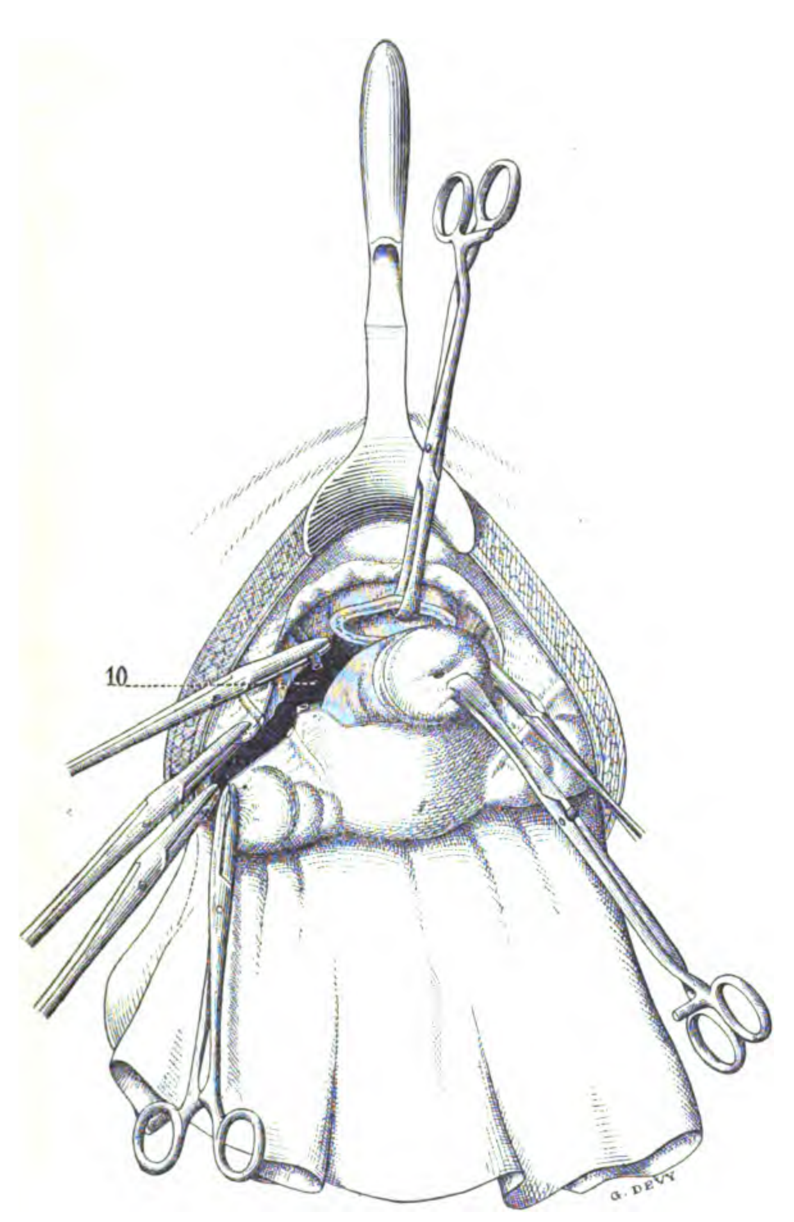


FIG. 10.

mèches de gaze remplissent le petit bassin et traversent la plaie vaginale. Qu'on se rappelle bien le vrai rôle de la gaze : elle séquestre le foyer, mais elle ne fait pas le drainage, ou du moins n'y suffit pas ; elle devient, au contraire, une cause de rétention des liquides. Au tamponnement il faut donc associer un large drain placé au milieu des mèches ; il faut même, si l'inondation septique a été grave, ajouter un tube dans la plaie sus-pubienne.

Telle est la méthode sur laquelle je voulais attirer l'attention. Je ne l'ai appliquée jusqu'ici qu'un petit nombre de fois ; aussi attendrai-je encore, avant d'appeler à mon aide un argument qui n'est pas toujours le meilleur, celui de la statistique.

REVUE GÉNÉRALE

L'HYSTÉRECTOMIE POUR FIBROMYOMES ET POUR INFLAMMATIONS DES ANNEXES EN AMÉRIQUE

Par **Charles P. Noble** (1).

L'hystérectomie, tant pour fibromyômes que pour lésions inflammatoires des annexes, est originairement une opération américaine. La première opération d'hystérectomie abdominale faite de propos délibéré pour un fibromyôme est due à Kimball (1) de Lowell (Massachusetts), 1er septembre 1853. Kimball fit une amputation supra-vaginale et réduisit le pédicule ; suivant l'habitude qu'on avait à cette époque dans la pratique de l'ovariotomie, il coupa ses fils très longs et les amena dans l'angle inférieur de la plaie. Chose curieuse, Kimball était arrivé du premier coup à faire l'opération qui, en y apportant les perfectionnements des méthodes modernes, donne encore aujourd'hui les meilleurs résultats.

(1) Traduit par le Dr R. LABUSQUIÈRE d'après *The British Gyn. J.*, mai 1897, p. 48

L'hystérectomie abdominale pour lésions inflammatoires destructives des annexes est une opération toute d'actualité. Elle a été faite en 1892 par Polk, Edebohls, Krug et Baldy. Elle fut tout d'abord préconisée par Baldy de Philadelphie, puis par Polk de New-York. On a aujourd'hui pratiqué cette opération suffisamment de fois pour que sa supériorité sur la castration limitée aux annexes soit bien établie dans les cas d'adhérences étendues ou d'exsudats inflammatoires. En pareil cas, lorsque les annexes ont été enlevées, il reste une surface de décortication étendue derrière l'utérus, à la face postérieure des ligaments larges et dans l'excavation. Une grande partie de ces surfaces saignantes reçoit son irrigation vasculaire de l'artère utérine qui est laissée indemne dans la simple castration annexielle. Ce fait anatomique explique la difficulté qu'on a quelquefois à arrêter le sang en pareil cas. L'hystérectomie supprime cet afflux vasculaire et arrête le suintement. De plus, lorsqu'il existe un degré marqué d'inflammation utérine, elle épargne au malade les symptômes qui en résultent et le dispense du traitement consécutif destiné à guérir ces lésions.

Mon intention n'est que de donner une esquisse de l'histoire de l'hystérectomie en Amérique, les publications sur cette question étant trop nombreuses pour permettre de faire une revue complète.

Le plaidoyer en faveur des interventions chirurgicales, pour la cure des tumeurs fibreuses de l'utérus, par Washington L. Atlee, marque le début du traitement scientifique de ces néoplasmes. En général, Atlee opérait par le vagin. Mais, dans un certain nombre de cas, à partir de l'année 1844, il extirpa des fibromes pédiculés par la cœliotomie (2), et fut le premier à pratiquer la myomectomie abdominale pour une tumeur fibreuse sessile de l'utérus (3). Cette opération fut faite le 3 mars 1853. Atlee continua, au cours de sa carrière, à opérer les tumeurs fibreuses et, de temps en temps, fournit de nouvelles contributions sur le sujet.

Il n'avait en vue d'ordinaire que l'enlèvement exclusif de la tumeur, et il utilisait tantôt la voie vaginale, tantôt la voie

abdominale. Il fit l'hystérectomie, mais dans un nombre relativement restreint de cas. Sa dernière contribution sur le sujet est un mémoire intitulé : « The treatment of Fibroïd Tumours of the Uterus » (4), qui fut lu au Congrès médical international en 1876. C'est un travail d'ensemble dans lequel il recommande vivement de suivre la ligne de traitement qu'il avait tracée dans son « Prize Essay » en 1853, et où il préconise, pour quelques cas, l'hystérectomie.

L'œuvre première de Kimball et Burnham dans l'hystérectomie abdominale est bien connue. Walter Burnham, de Lowell (Massachusetts), opéra, le 26 juin 1853, une malade chez laquelle on avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire, mais il trouva un fibrome. La patiente vomit et les efftors de vomissements extériorisèrent la tumeur qu'on ne put réduire *in situ*. Burnham se vit, de ce fait, forcé à l'enlever. Pour en diminuer la masse totale, il énucléa deux fibromes pédiculés, puis « passa une double et solide ligature à travers le col de l'utérus et noua de chaque côté. Pour s'assurer doublement contre l'hémorrhagie, il plaça une seconde ligature tout autour du col. »

Col et ligaments larges furent ensuite divisés. Pas d'hémorrhagie. Les ovaires malades furent enlevés. Le col fut abandonné, et les ligatures ramenées dans l'angle inférieur de la plaie. Les fils se détachèrent vers la cinquième semaine, l'opérée guérit. C'était le premier cas de guérison après l'hystérectomie.

Burnham continua d'opérer, et fit un ensemble de quinze hystérectomies avec trois guérisons. Sa seconde opération date de 1854, la troisième de 1857. Mais il n'apporta pas de contribution écrite à l'hystérectomie, et ses observations furent rapportées par les Drs Irish (5) et Perkins (6) en 1878 et 1888.

Kimball est le premier qui entreprit de faire l'hystérectomie pour une tumeur fibreuse, exactement diagnostiquée. Il opéra, le 1er septembre 1853, une femme profondément épuisée par des hémorrhagies longtemps prolongées. Il fit une amputation supra-vaginale de l'utérus. L'utérus fut transfixé et chaque moitié liée. Le col fut abandonné et les ligatures rame-

nées dans l'angle inférieur de la plaie. Huit mois après, la femme était en bonne santé, mais les ligatures tenaient encore. L'observation fut rapportée en 1855, et, dans le même travail, il était fait mention de deux autres cas où l'hystérectomie avait été suivie de mort. Kimball, au cours de sa carrière, continua d'opérer et fut le premier Américain à appliquer la méthode extra-péritonéale de traitement du pédicule de Kœberlé. Cette opération fut faite le 18 septembre 1869 (7). D'après Bigelow (8), en 1883, Kimball avait pratiqué 11 hystérectomies avec 6 guérisons et 5 morts.

La mortalité de l'hystérectomie fut si grande au début qu'on en pratiqua fort peu. Après introduction de la méthode extra-péritonéale de traitement du pédicule par Kœberlé, divers opérateurs, dont Kimball et Thomas (9), en essayèrent. Mais au lieu de se servir du serre-nœud, Thomas imagina un clamp spécial pour prévenir les hémorrhagies du moignon.

Marcy, guidé probablement par l'œuvre de Schröder, perfectionna la méthode primitive de Kimball et Burnham. Il apporta une méthode destinée à prévenir tout danger pouvant venir du moignon par l'emploi de la suture du pelletier (1881) (10). Il suit encore cette méthode, que Cushing (11) employa aussi il y a quelques années.

En 1884, Emmet, le premier, utilisa le péritoine de la face antérieure de l'utérus et celui de la vessie pour recouvrir le moignon cervical, dans une hystérectomie faite pour un kyste dermoïde de l'ovaire et pour un fibrome kystique de l'utérus. Il a été le premier à appliquer au moignon la méthode rétro-péritonéale (12).

Il en a complètement décrit la technique, exposé et discuté les principes, et bien mis en relief les avantages.

Joseph Eastman, le 3 février 1887, perfectionna encore la technique de l'amputation supra-vaginale de l'utérus. Comme Marcy, il appliqua à la suture du moignon la suture du pelletier, et, comme Emmet, il recouvrit le moignon avec le péritoine. Grâce à deux lambeaux péritonéaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, suturés au-dessus du pédicule, celui-ci devint rétro-

péritonéal. Avant de suturer le col, il cautérisa au thermocautère la cavité cervicale, puis y plaça un tube en caoutchouc pour assurer le drainage. Il est le premier à avoir employé simultanément les lambeaux, antérieur et postérieur, du péritoine (13).

Jusqu'en 1888, tous les progrès tendent à perfectionner la technique de l'amputation supra-vaginale.

L'hystérectomie totale pour fibromes utérins fut pratiquée pour la première fois, en Amérique, par Mary A. Dixon Jones, le 16 février 1888. L'opération fut faite de propos délibéré. Cela ressort nettement du fait que, plusieurs mois auparavant, Jones, dans une conférence publique, avait insisté sur les avantages qui lui paraissaient devoir être associés à une telle méthode chirurgicale. La plus grande portion de la masse fibreuse fut enlevée par en haut, puis les autres attaches vaginales libérées par en bas, et l'on appliqua des pinces-clamps (14). Au moment où cette observation fut publiée, l'auteur croyait qu'elle représentait le premier cas d'hystérectomie totale pour fibrome de l'utérus, parce que le travail remarquable de Bardenheuer était encore inconnu en Amérique.

L. A. Stimson révolutionna tout ce qui avait été fait dans l'hystérectomie en proposant et en exécutant la ligature immédiate des artères utérine et ovarienne comme temps préalable à l'hystérectomie. Il lia, pour la première fois, ces artères au cours d'une hystérectomie totale pour cancer. Le 4 janvier 1889, il procéda de même façon, comme temps préliminaire à une hystérectomie totale pour fibrome (15). Dans un mémoire ultérieur, Stimson préconisa la substitution de la ligature immédiate, directe, des artères utérine et ovarique à la ligature en masse. Il communiqua 5 cas d'hystérectomie dans lesquels cette méthode fut appliquée avec succès (16). L'auteur n'a pas apporté d'autre modification à la technique de l'hystérectomie, mais celle-ci représente incontestablement la contribution individuelle la plus importante à la technique moderne de cette opération.

Avant l'apparition du mémoire de Stimson, on ne possédait

pas de méthode réglée d'hémostase dans l'hystérectomie. L'emploi de la ligature élastique provisoire était tenu pour une condition essentielle dans l'opération. Les ligaments larges étaient liés au moyen d'une série de ligatures imitées de la méthode de ligature dans l'ovariotomie; on s'efforçait de lier chaque portion de tissu dans les ligaments larges, et on ne mettait pas un soin spécial à lier méthodiquement les troncs des quatre artères irriguant l'utérus et les annexes dans leur trajet à travers les ligaments larges. On avait toujours attaché une grande importance à la vascularisation du tissu utérin, et fait résider les risques les plus grands dans l'hémorrhagie primitive ou secondaire ayant son origine dans le moignon.

Quand Stimson eut montré qu'on pouvait, par quatre petites ligatures, prévenir toute hémorrhagie dans l'hystérectomie totale, ce fut bien peu de chose que d'appliquer le même principe à l'amputation supra-vaginale, ce que, d'ailleurs, il proposa lui-même et ce qui fut fait ultérieurement par Milton et Baer. De l'œuvre de Stimson sont nés les procédés méthodiques, actuels, d'hémostase dans l'hystérectomie. C'est de ce moment que l'on peut faire dater l'abandon de l'emploi du lien élastique autour de l'utérus et de la tumeur, abandon auquel se décidèrent les chirurgiens, parce qu'ils étaient devenus plus habiles à empêcher les hémorrhagies.

H. A. Kelly fut, dans la question de l'hystérectomie, depuis sa période de transition, un militant. Dans ses premières hystérectomies, il appliqua la méthode extra-péritonéale que ses défectuosités firent abandonner. Mais, d'un autre côté, il ne voulut pas courir les risques de la méthode de Schrœder, de l'abandon du pédicule dans le ventre. Aussi se décida-t-il à fixer dans la plaie abdominale le pédicule apprêté comme le faisait Schrœder, pour que toute hémorrhagie ou sécrétion venue du moignon trouvât son issue au niveau de la paroi abdominale. De cette manière, toute hémorrhagie pouvait être aisément dépistée et maîtrisée, et d'autre part, on prévenait l'infection du péritoine par le pédicule.

Sa première hystérectomie, d'après cette méthode, date du

10 octobre 1888 (17). L'opération est soigneusement décrite et figurée. Après avoir confectionné le moignon suivant la technique de Schrœder, il laissa longs les fils de la dernière rangée de sutures du pédicule, dans le but de les employer à suspendre le pédicule dans la plaie abdominale. Puis le péritoine pariétal fut suturé autour du pédicule, et les longues sutures prises dans une paire de pinces. Grâce à ce procédé, en 24 heures, la surface du pédicule devenait extra-péritonéale, et les longues sutures prises dans les pinces mettaient ce pédicule à la portée du chirurgien. Kelly appliqua cette méthode de 1888 à 1892. L'expérience lui démontra que les pédicules ainsi préparés ne saignaient, ne se gangrénaient jamais, et, en 1892, il se rallia à la méthode de Schrœder (18). L'hystérectomie, comme la faisait Kelly, était une opération méthodique, réglée au point de vue de la ligature des vaisseaux et des autres temps de l'opération. Toutefois, dans ce temps, il continua à se servir de la ligature élastique provisoire. Peu après 1892, la méthode rétro-péritonéale fut adoptée. Enfin, il conçut sa méthode actuelle qui sera décrite plus loin.

W. M. Polk, frappé des inconvénients de la méthode extra-péritonéale, et très impressionné par les innovations de Stimson, imagina une méthode ayant pour but d'exclure le pédicule de la cavité abdominale sans l'attirer dans la plaie abdominale (19). Ce procédé, bien qu'ingénieux, comme le premier de Kelly, appartient à la période de transition, et rentre parmi les méthodes imaginées pour éviter les inconvénients de la fixation du pédicule dans la plaie abdominale, avant qu'on eût trouvé une méthode heureuse pour abandonner le pédicule dans la cavité pelvienne après l'avoir recouvert avec le péritoine. A la même époque, suivant Simpson, Polk commença de faire l'extirpation totale. La méthode de Polk consistait à tailler une sorte de manchette péritonéale autour de la tumeur ou de l'utérus et à lier méthodiquement les vaisseaux. La manchette péritonéale était suturée au péritoine pariétal après qu'on avait enlevé la tumeur, en sorte que le pédicule, bien que dans le bassin, était séparé de la cavité péritonéale. Point au moins

curieux, en 1895, N. Senn (20) décrivit la même opération ou une opération très similaire, qu'il qualifiait de contribution nouvelle et importante à l'hystérectomie.

Henry I. Byford (Chicago), mécontent de la technique habituelle du traitement du pédicule dans l'hystérectomie, imagine un procédé d'inversion du moignon dans le vagin (21). Ce procédé opératoire ingénieux rentre dans le même groupe que ceux de Kelly et de Polk; il a un intérêt plutôt historique que pratique.

La première hystérectomie totale pour fibromes de J. Eastman date du 21 septembre 1889, et fut relatée pour la première fois à la « Marion County Indiana Medical Society », en 1890 (22). Cette communication fut suivie de plusieurs autres contributions à l'hystérectomie. Eastman (23) met beaucoup d'importance à énucléer la tumeur avec un instrument mousse et à serrer de très près l'utérus de façon à ne pas léser l'artère utérine. En beaucoup de cas, il ne lie pas ce vaisseau. Il imagina aussi, comme autre perfectionnement dans la technique de l'hystérectomie, une sorte de tige, de hampe, destinée à permettre d'élever, d'en bas, le col et la tumeur, et de faciliter au chirurgien l'incision, par en haut, du vagin. Avant l'utilisation du mode de décubitus conseillé par Trendelenburg, cet expédient facilitait beaucoup l'intervention. Mais, bien qu'original, ce procédé d'Eastman avait été devancé par un procédé similaire de Bardenheuer. De toutes manières, Eastman a été un précurseur dans la question de l'hystérectomie, et son expérience de l'opération a été considérable.

En 1890, J. R. Goffe rapporta 4 cas heureux d'hystéro-myomectomie, la première opération remontant au 29 mai 1888. Dans ces cas, on procéda de façon que le pédicule fût rétro-péritonéal, la première fois en suturant sur le pédicule le péritoine vésical, les autres fois en utilisant deux lambeaux, antérieur et postérieur, du péritoine qui furent suturés au-dessus du moignon. L'opération est qualifiée de méthode nouvelle et Goffe en attribue la paternité à A. P. Dudley et à lui-même (24). Goffe a été un partisan tenace de l'amputation supra-vaginale, et il a,

plus tard, relaté 15 cas avec une seule mort (25). Toutefois, il ne faut pas, à propos de cette méthode, oublier l'usage antérieurement fait du pédicule rétro-péritonéal, par Emmet en 1884 et par Eastman en 1887. Indiscutablement, le travail de Goffe contribua au perfectionnement de la technique de l'hystérectomie. C'est une des contributions les plus estimables pendant la période de développement de l'opération.

Jusqu'en 1892, et durant le temps que s'élaboraient les travaux originaux précédemment analysés, l'amputation supravaginale, combinée avec le traitement extra-péritonéal du pédicule, était la méthode d'hystérectomie le plus généralement employée. Vraisemblablement, elle fut appliquée pour la première fois en Amérique par Kimball en 1869 (7). Sa vogue tint indirectement à son application heureuse par Kœberlé, Péan, Hegar, Keith, Thornton et Bantock, et directement au plaidoyer que fit en sa faveur J. Price. Mais, depuis 1892, elle a été de plus en plus rarement suivie et, à l'heure actuelle, elle est sinon déjà tout à fait surannée, du moins en train de vieillir.

Price et quelques-uns de ses élèves y avaient recours et se servaient du serre-nœud de Kœberlé, mais, en fait, tous les autres opérateurs y ont renoncé.

On peut, dans l'histoire de l'hystérectomie, tenir l'année 1892 comme critique en Amérique. Le travail utile déjà fait commença de porter des fruits. D'autre part, les perfectionnements apportés dans la technique opératoire en chirurgie abdominale et l'application courante du plan incliné de Trendelenburg, créèrent de nouveaux facteurs importants de succès. Au meeting de l'American Gynæcological Society, en 1892, Polk (26) communiqua 17 cas d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes, avec seulement deux morts. Ses résultats n'étaient pas supérieurs à ceux qu'il avait obtenus par d'autres méthodes, mais rapprochés de l'œuvre de Stimson, Krug (27), Eastman, Boldt (28) et Edebohls (29), ils suffisaient à montrer la valeur de l'hystérectomie totale.

Baer communiqua, dans cette même séance, neuf cas d'hystéro-myomectomie sans une mort, opérés par l'amputation

supra-vaginale (30). Le point capital dans la technique adoptée par Baer c'est qu'il lia les artères utérines et ovariques dans leur trajet à travers les ligaments larges. Ce faisant, il mettait en pratique le principe formulé par Stimson, avec cette modification toutefois qu'il substitua la ligature en masse à la ligature isolée des vaisseaux. Le mémoire de Baer fut pour beaucoup dans la vulgarisation de l'hystérectomie. Ce fut une réponse nette aux craintes d'hémorrhagie à point de départ dans le pédicule. Il ne fit ni ligatures ni sutures dans le tissu cervical, et cependant, il ne survint pas d'hémorrhagie. Démonstration pratique et complète que la ligature des troncs des artères utérines prévient l'hémorrhagie aussi bien dans l'hystérectomie supra-vaginale que dans l'hystérectomie totale. En aucun cas, il ne désinfecta, ni ne draina la cavité cervicale. Et les bons résultats qu'il obtint, surtout si on les rapproche des études bactériologiques les plus récentes sur le contenu du canal cervical, sont une réponse très satisfaisante aux craintes d'infection par le canal cervical formulées par Schrœder et ses élèves.

Le vrai mérite de Baer ne consiste pas à avoir ajouté de nouvelles manœuvres dans la technique de l'hystérectomie, mais plutôt à en avoir supprimé plusieurs, et à avoir parfaitement compris qu'une ligature en masse placée dans la profondeur de chaque ligament large, sur chaque artère utérine, peut supprimer complètement tout apport sanguin au col. Cette manière de faire n'est évidemment rien d'autre que l'application à l'amputation supra-vaginale de ce que Stimson avait fait pour l'hystérectomie.

D'autre part, Baer a eu le mérite de comprendre que le meilleur moyen d'éviter le sphacèle du moignon cervical était de ménager ses tissus. Jamais il ne le cautérisa, jamais il ne diminua sa vitalité par l'application de caustiques énergiques, ni par l'application de ligatures serrées. Il mit à profit l'œuvre d'Emmet, Eastman, Dudley et Goffe en faisant un pédicule extra-péritonéal, et celle de Stimson en assurant l'hémostase au moyen de ligatures placées sur les artères, dans le tissu connectif des ligaments larges.

La plus grande crainte des anciens chirurgiens dans les opérations sur l'utérus était celle de l'hémorrhagie secondaire. Ils pensaient que le tissu utérin n'était pas approprié pour les sutures, que peu d'heures après son application, une suture, pourtant bien faite, se relâchait et par conséquent pouvait permettre à une hémorrhagie secondaire de se faire. Grâce à l'œuvre de Baer, cette conception est devenue de l'histoire ancienne.

En 1894, Wm. R. Pryor fit connaître une méthode nouvelle d'hystérectomie totale pour les tumeurs intra-ligamentaires, qu'il avait déjà appliquée 3 fois (31). Dans ce travail, l'auteur attire l'attention sur les trois circonstances importantes qui marquent l'intervention dans les cas de fibro-myômes intra-ligamentaires : 1° danger de léser l'uretère, 2° danger d'hémorrhagie par l'incision de la capsule, 3° durée de l'opération. Il propose, pour surmonter ces difficultés, une opération méthodique, dont voici les divers temps :

1° Lier, suivant la méthode ordinaire, la portion supérieure du ligament large du côté indemne, en ayant soin de mettre aussi une ligature pour éviter l'hémorrhagie de retour. Sectionner le ligament entre les deux ligatures.

2° Ouverture du cul-de-sac de Douglas, ce qui permet au chirurgien d'introduire le doigt dans le vagin et de guider l'aiguille de Deschamps pour la ligature suivante.

3° Dissection et écartement de la vessie.

4° Ouverture du vagin en avant du col.

5° Prise de l'utérine entre deux ligatures, d'après la méthode usuelle.

6° Ligature des vaisseaux ovariques au-dessus du paquet ligamenteux.

7° Libération complète du vagin, du col, en avant, en arrière, et sur le côté libre.

8° Détermination soigneuse de l'uretère.

9° L'utérus est dirigé fortement en haut vers le côté affecté. L'aiguille de Deschamps est conduite à travers la muqueuse du vagin de façon à contourner tous les tissus entre le vagin et

la tumeur et à enserrer l'utérine dans une seule ligature.

10° On libère le col de ses attaches au vagin et à la base des ligaments larges, en ayant soin de serrer de très près le col avec les ciseaux.

11° La tumeur est ensuite énucléée, et l'on sectionne ce qui reste du ligament large.

12° On tasse de la gaze iodoformée dans le vagin et aussi haut dans le bassin que la cavité produite dans le ligament large.

13° On peut, si on le désire, rendre extra-péritonéales toutes les surfaces lésées.

Cette opération rendra de grands services à ceux qui désirent faire l'extirpation totale, quand on aura affaire à des fibromes intra-ligamentaires.

La dernière contribution importante à l'hystérectomie est celle de Kelly qu'il intitule « hystérectomie par incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche (32) ». Cette méthode fut exposée le 12 novembre 1895, à la « Southern surgical and gynecological Association », et l'auteur nota qu'il la pratiquait depuis plus de deux ans et qu'il l'avait déjà appliquée dans plus de 200 cas. Elle consiste dans une amputation supra-vaginale de l'utérus combinée avec l'ablation des annexes. Elle est indiquée dans les cas de tumeurs fibreuses justiciables de l'hystérectomie et dans les cas de lésions destructives des annexes utérines imposant l'extirpation simultanée des ovaires et des trompes.

Temps de l'opération : 1° Ouverture de l'abdomen.

2° Ligature des vaisseaux ovariques près du détroit supérieur, à droite ou à gauche, saisie de ces vaiseaux dans une pince hémostatique vers l'utérus, et section entre.

3° Ligature du ligament rond du même côté près de l'utérus, section du ligament et réunion des deux incisions de façon à ouvrir la partie supérieure du ligament large.

4° Incision, intéressant le péritoine vésico-utérin, du ligament rond sectionné jusqu'à son congénère; entre temps, libération de la vessie qu'on refoule en bas au moyen d'une éponge, de

façon à mettre en évidence la portion supra-vaginale du col.

5° On repousse le corps de l'utérus vers le côté opposé, de façon à rendre accessible l'artère utérine située profondément dans le côté qui a été ouvert. La portion vaginale du col est fixée avec le pouce et l'index, et l'artère utérine, aperçue ou sentie, est liée juste au niveau du point où elle quitte l'utérus. Il n'est pas toujours indispensable de lier les veines.

6° On sectionne alors, complètement, le col immédiatement au-dessus de la voûte vaginale, et le moignon du col qui reste servira à fermer la brèche cervico-vaginale.

7° A mesure que sont sectionnées ou écartées les dernières fibres du col, tandis que le corps de la matrice est attiré en haut

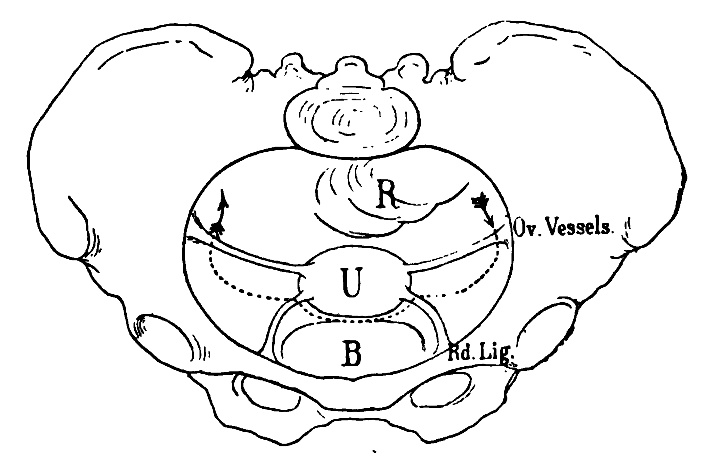


FIG. 1. — B. Vessie. — U. Utérus. — R. Rectum. — *Rd. Lig.* Ligament rond. — *Ov. Vessels.* Vaisseaux ovariques.

vers le côté opposé, l'autre artère utérine apparaît. Dès qu'elle est en vue, on la saisit dans une pince hémostatique à 1 centim. environ du moignon cervical.

8° L'utérus étant encore refoulé davantage, on applique une pince-clamp sur le second ligament rond, on complète l'extirpation de toute la masse, utérus, trompes et ovaires.

9° Des ligatures sont alors substituées aux pinces (artère uté-

rine, ligament rond, et vaisseaux ovariques). D'ailleurs, le chirurgien peut, à son gré, lier ces organes à mesure qu'ils viennent en vue sans se servir des pinces comme moyens provisoires d'hémostase.

10° L'énucléation faite, on termine l'opération suivant la méthode ordinaire : a) en suturant le moignon du col au-dessus du canal cervical ; b) en étalant le péritoine de la région antérieure

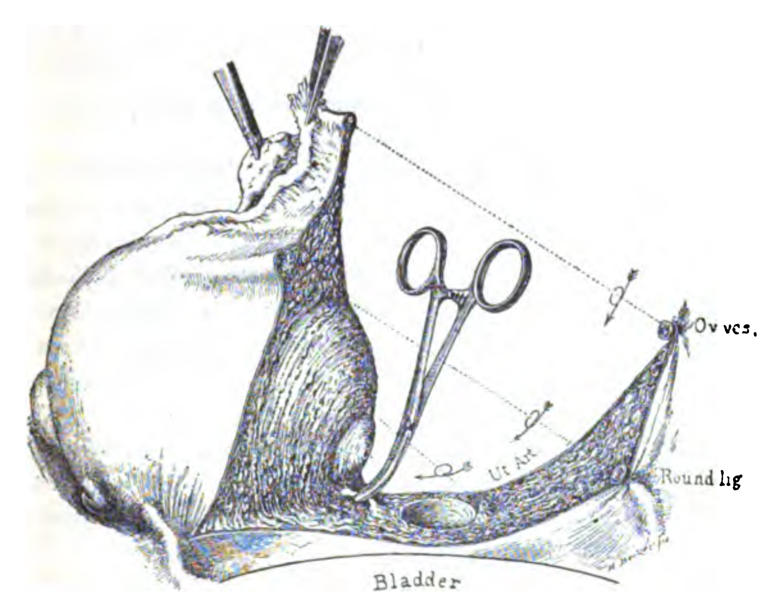


Fig. 2. — *Bladder*. Vessie. — *Round lig*. Ligament rond. — *Ut. Art*. Artère utérine. — *Ov. Vess*. Vaisseaux ovariques.

du bassin (péritoine vésical et feuillet antérieur des ligaments larges) sur toute la surface cruentée et en le suturant au péritoine postérieur par une suture continue au catgut.

L'incision transversale continue devrait toujours être commencée sur le côté où vaisseaux ovariques, ovaire et trompe sont accessibles. Ainsi dans le cas d'un utérus fibromateux, et quand les tumeurs se sont développées soit sous le péritoine pelvien, soit dans l'épaisseur du ligament large d'un côté, c'est ce

côté qui doit être ouvert en dernier lieu, de bas en haut, au moment où l'on peut rouler les tumeurs en haut et en dehors avec une facilité souvent surprenante.

Kelly affirme que cette méthode opératoire facilite beaucoup l'opération, qu'elle en abrège remarquablement la durée, épargnant de 60 à 80 p. 100 du temps qu'exige l'énucléation.

Les travaux de Polk et Kelly ont rendu l'extirpation des fibromes intra-ligamentaires presque aussi simple que celle des fibromes ordinaires. A tel point qu'entre des mains habiles l'ablation de ces tumeurs, tenues pour inopérables jusqu'en ces derniers temps, est devenue une opération presque aussi méthodique qu'une simple ovariotomie.

Mon intention, en retraçant l'histoire de l'hystérectomie en Amérique, n'a pas été de laisser dans l'ombre l'œuvre considérable qui, dans le même champ, a été accomplie dans les autres pays. C'est en médecine qu'on voit peut-être l'effort collectif humain, vers le progrès être le moins contrarié par les frontières nationales. Aussi est-il nécessaire de résumer rapidement l'œuvre de ceux qui, en Europe, ont le plus contribué au développement de l'hystérectomie.

C'est Charles Clay, de Manchester, qui, le premier, en Europe, a fait l'hystérectomie pour fibromes. En 1883 et en 1884, il opéra après un diagnostic de : tumeur ovarique. La première opérée mourut d'hémorrhagie une heure et demie après l'opération ; la seconde, le quinzième jour, des suites d'une péritonite attribuée à un accident. La première hystérectomie, faite de propos délibéré, date du mois de janvier 1863 ; la femme guérit (33).

Kœberlé (34) fut le second, en Europe, à pratiquer l'hystérectomie (1863). On lui est aussi redevable de la méthode extra-péritonéale de traitement du pédicule. (La plupart des auteurs ne mentionnent pas Clay et attribuent la première hystérectomie à Kœberlé). Cette méthode opératoire fut perfectionnée par Péan (35), Hegar et Kaltenbach (36), Keith (37), Thornton (38) et Bantock (39.) L'œuvre de ces chirurgiens ne saurait être trop appréciée, car ils furent les premiers à obtenir des résultats réellement satisfaisants en réduisant la mortalité de l'hystérec-

tomie presque à celle de l'ovariotomie. Cette œuvre avait d'autant plus de valeur qu'elle se poursuivait au moment où Atlee, Kimball et Burnham avaient cessé d'opérer, et où, en Amérique, on ne produisait plus que fort peu dans la question.

On ne peut apprécier trop l'œuvre de Schrœder (40). Nul chirurgien n'a contribué plus que lui à perfectionner l'hystérectomie, bien qu'il ne s'en soit pas activement occupé plus de cinq années. Il suffit de lire ses contributions à la question de l'hystérectomie pendant l'année 1883 pour se convaincre qu'il a imaginé une opération méthodique, et il paraît certain que si la mort ne l'eût pas prématurément enlevé, c'est à lui et non à ses successeurs que serait revenu le mérite de perfectionner la technique de l'hystérectomie. Même à l'heure actuelle, après le progrès accompli, l'opération de Schrœder est loin d'être une opération mauvaise. Les résultats relativement médiocres qu'elle a fournis doivent être attribués à quatre causes :

1° L'asepsie, en chirurgie abdominale, n'avait pas été perfectionnée en 1883.

2° Schrœder songeait plus, dans le traitement des fibromes utérins, à une myomotomie qu'à une hystérectomie. Cette manière de voir — combinée à l'idée de la nécessité de la ligature élastique — l'amenait à exciser l'utérus à un niveau assez élevé, et par suite, on ne faisait qu'une ligature médiocre de l'artère utérine.

3° Schrœder reconnaissait formellement qu'il fallait lier les quatre vaisseaux principaux apportant le sang à l'utérus. Mais l'emploi de la ligature élastique et la section élevée de la tumeur étaient cause que la ligature de l'utérine était défectueuse. Au lieu, en effet, de la lier dans son trajet à travers le ligament large, on la liait haut, alors que déjà elle a fourni de nombreuses branches collatérales. Ce défaut de technique exigeait l'application sur le moignon de nombreuses ligatures pour prévenir l'hémorrhagie.

4° Enfin, bien que Schrœder recouvrît le pédicule avec le péritoine, il ne vit pas l'importance qu'il y a à faire tout le champ opératoire rétro-péritonéal, c'est-à-dire à recouvrir entièrement

la plaie au niveau des ligaments larges, comme le pédicule, avec le péritoine, de façon à ce que toute sécrétion secondaire devînt rétro-péritonéale.

L'hystérectomie totale est originairement une opération allemande. Bardenheuer (41) ayant pratiqué l'opération de Freund pour le cancer, appliqua les mêmes principes au traitement des fibromes et rendit compte de ce qu'il avait fait en 1881. Son œuvre est digne de plus de crédit et d'estime que l'on ne lui en accorda, et l'étude de cette œuvre indemnisera largement celui qui s'y livrera. Non seulement il fut le premier à faire l'hystérectomie totale pour fibromes, mais il adopta pour la malade un mode de décubitus ultérieurement perfectionné par Trendelenburg, qui est connu aujourd'hui sous le nom de « position de Trendelenburg ». Un autre fait qui montre combien Bardenheuer était en avance sur ses contemporains, c'est sa façon d'apprécier l'hystérectomie et l'ovariotomie double. Il constate que l'hystérectomie a fourni entre ses mains de meilleurs résultats que l'ovariotomie double, et émet l'avis que l'hystérectomie sera substituée à l'ovariotomie double comme étant moins dangereuse.

Martin (42), Fritsch (43) et Chrobak (44) ont été des premiers à faire l'hystérectomie totale, et Martin a beaucoup contribué à la populariser. Bon nombre d'Allemands attribuent à Chrobak le mérite d'avoir tracé une technique originale de l'amputation supra-vaginale (45). Or, à l'époque où Chrobak écrivit son mémoire sur l'amputation supra-vaginale, il n'avait fait qu'une hystérectomie et avait assisté Roskorn dans une autre. Du reste, il dénie, dans son mémoire, toute priorité, et recommande l'opération seulement pour les cas où il est impossible de désinfecter le vagin et le col ; pour les autres cas, il préconise l'hystérectomie totale. Il subissait encore l'influence de Schrœder en ce sens qu'il compromettait la vitalité du pédicule cervical en le cautérisant avec le thermo-cautère, et qu'il avait également conservé l'usage du lien élastique. Il décrit, toutefois, une opération bien réglée, et apprécie entièrement la valeur du traitement rétro-péritonéal du pédicule.

En Angleterre, indépendamment des anciens chirurgiens qui firent œuvre si utile dans le traitement extra-péritonéal du pédicule, il faut accorder une mention spéciale à Milton (46) et à Heywood Smith (47). Il ressort nettement de la lecture du travail de Milton qu'il fit une opération très satisfaisante. Mais, d'autre part, il semble qu'il méconnut lui-même la valeur de ce qu'il faisait. Il intitula son travail « Supra-vaginal (abdominal) Hysterectomy with the Scissors ». Il faisait à la vérité un pédicule extra-péritonéal, mais il ne paraît pas avoir apprécié à sa valeur cette manière de faire et en parle comme s'il s'agissait d'un pédicule intra-péritonéal. Également, il prévenait l'hémorrhagie au moyen de ligatures placées dans le tissu connectif des ligaments larges et nota que le col ne saignait pas. Mais son expérience était limitée à trois cas ; apparemment, il ne songea pas à généraliser le fait au point de vue de l'hémostase.

Le travail de Smith sur l'hystérectomie sous-péritonéale contient une revue remarquable des divers modes de traitement du pédicule, et met bien en relief les avantages du traitement rétro-péritonéal et ceux de la ligature isolée des vaisseaux.

Toutefois, les 3 opérations qu'il fit ne furent guère satisfaisantes ; car, dans les trois, la suppuration survint. Ses méthodes de ligature n'étaient pas méthodiques, et il continua de se servir de la ligature élastique. Son mémoire indique que nombre de chirurgiens anglais accueillirent favorablement les principes discutés par Smith. Toutefois, il semble que son œuvre n'ait pas fructifié, puisque, depuis 1892, l'orientation en Angleterre s'est dessinée vers l'hystérectomie.

En Angleterre, parmi les partisans de l'hystérectomie totale émergent F. Bowreman Jessett (48) et Christopher Martin (49). Jessett fait avec les lambeaux péritonéaux comme Polk (26). Il a également imaginé une sorte de spéculum bivalve pour faciliter l'incision à travers le vagin. Cet instrument se rapproche de la « pince » de Bardenheuer, et de la « tige » d'Eastman et de Chrobak. Jessett rapporte 8 cas avec un décès.

Martin note qu'il a appris l'opération de Smyly. Il rapporte 6 opérations heureuses pour myômes. Il opère, la malade

étant dans le décubitus dorsal, se privant ainsi des avantages de la position de Trendelenburg, qui simplifie tellement l'opération. Il lie les ligaments larges au moyen de ligatures partielles, ainsi que faisait jadis Marcy et plus récemment Zweifel (50); il n'utilise donc pas le fait qu'on prévient toute hémorrhagie par la ligature des quatre troncs artériels. Seule, la lecture de la description qu'il fait de l'opération suffit à montrer combien celle-ci est plus laborieuse quand on emploie le décubitus dorsal au lieu de la position de Trendelenburg.

Technique de l'amputation supra-vaginale pour fibromyômes de l'utérus. — Après avoir tracé l'histoire du développement de l'amputation supra-vaginale pour fibromes de l'utérus, il nous reste à décrire l'opération. Elle est pratiquée sous le couvert d'une asepsie rigoureuse en ce qui concerne le malade, le chirurgien et les assistants, la salle d'opération. La position de Trendelenburg facilite beaucoup l'intervention et, particulièrement, les derniers temps de l'opération. Ces temps peuvent être résumés comme suit :

1° Ouverture du ventre à travers le muscle droit, tout près de et non sur la ligne blanche. L'incision doit être assez longue pour faciliter l'extraction de la tumeur.

2° Libération des adhérences et extraction de la tumeur. Pour attirer la tumeur on peut, s'il est besoin, se servir d'une forte pince à griffes qui est plus commode qu'un tire-bouchon.

3° Les intestins sont soigneusement recouverts avec des tampons d'ouate et l'on place une éponge de chaque côté du grand bassin. Si les tampons de gaze sont bien appliqués, les intestins ne doivent pas se montrer au cours de l'opération.

4° La ligature des ligaments larges sera décrite comme s'il s'agissait d'une tumeur n'altérant pas les rapports des ligaments larges et de l'utérus. a) Ligature du bord supérieur du ligament large en dehors de l'ovaire. Catgut ou soie fine, la ligature comprenant juste assez de tissu pour bien maintenir les vaisseaux ovariques. *b*) Deuxième ligature qui prend les vaisseaux du ligament rond et un peu des tissus sous le contrôle de la première ligature. *c*) Application d'un clamp vers

l'extrémité utérine du ligament pour éviter toute hémorrhagie de retour; on sectionne alors le bord supérieur du ligament large entre le clamp et les ligatures jusqu'au ligament rond et



Fig. 3. — Une ligature en masse tient chaque artère ovarique, chaque ligament rond avec ses vaisseaux, et chaque artère utérine. Les dimensions des divers pédicules (masse comprise entre chaque pédicule) sont exagérées. Les ligatures en masse sur les vaisseaux utérins ne comprennent pas le péritoine. On voit les pinces à forcipressure attirant hors de la ligature en masse une artère ovarique et une artère utérine ou la ligature isolée de chaque vaisseau.

Le col apparaît avec sa surface de section légèrement « en cupule ».

On voit également le lambeau péritonéal — péritoine de la face antérieure du ligament large et péritoine vésical. — Pas de lambeau péritonéal postérieur.

y compris celui-ci On peut,si cela paraît plus commode,couper le bord supérieur du ligament large avant de faire la seconde ligature. *d*) On continue ensuite d'inciser le péritoine sur la

face antérieure du ligament large, en prolongeant l'incision d'un ligament rond à l'autre, tout en ayant soin de refouler en bas avec une éponge le péritoine vésical. On tire alors sur la tumeur qu'on refoule vers le côté opposé et en haut, et on écarte avec une éponge le ligament large de la tumeur ou de l'utérus, ce qui permet de mettre en vue les vaisseaux utérins. *e*) Le col est saisi entre le pouce et l'index, et l'on place une ligature très bas sur le col, de façon à saisir l'artère utérine au point où elle s'infléchit en haut le long de la paroi cervicale. La ligature qui

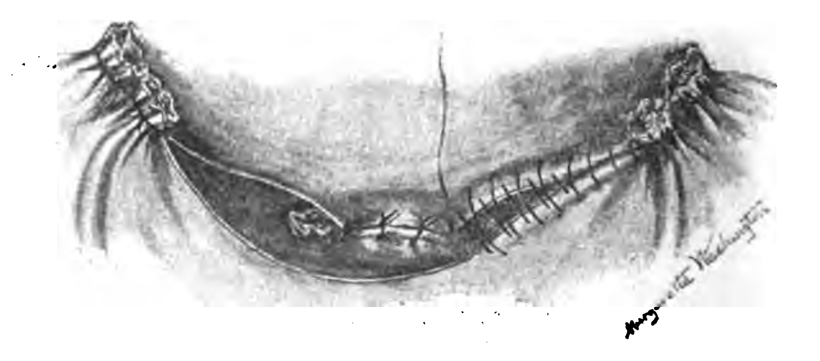


Fig. 4. — Chaque artère ovarique et utérine est prise dans une ligature en masse et dans une ligature isolée. La face supérieure du col a été réunie par une suture interrompue au catgut. Ces sutures intéressent le péritoine de la paroi postérieure du col, mais non le lambeau antérieur du péritoine. La fermeture de la plaie péritonéale est indiquée, suture continue de Lembert au catgut. Le lambeau péritonéal antérieur est attiré au-dessus de la plaie et réuni par une suture à la face postérieure des ligaments larges et du col. De cette façon, le pédicule devient rétro-péritonéal.

maintient l'utérine doit passer à travers le bord externe du col, mais ne doit saisir que très peu de tissu. *f*) Mêmes manœuvres sur le ligament large du côté opposé.

5° On sectionne le col au-dessous de l'orifice interne en s'efforçant de le tailler légèrement en forme de coupe.

6° Fermeture du col par quelques points de suture interrompue au catgut.

7° Chaque artère utérine et ovarique est prise avec une pince hémostatique et liée avec de la soie fine, la ligature ne prenant que l'artère.

8° Si quelques points donnaient du sang (ce qui n'arrive pas d'ordinaire), on arrête le suintement par quelques ligatures fines au catgut.

9° Le péritoine vésical et celui de la région antérieure des ligaments larges sont suturés par-dessus la brèche des ligagaments larges et le pédicule par une suture continue de Lembert, au catgut.

10° On lave le bassin avec la solution saline, normale. Il est également utile de laver le moignon du col avec cette solution avant de le recouvrir avec la membrane péritonéale.

11° La gaze et les éponges enlevées, on ferme le ventre.

Si la tumeur s'est anormalement développée, si elle a dédoublé par en haut l'un ou l'autre des ligaments larges, il faut modifier la technique opératoire suivant ces conditions particulières. En semblables conditions, on peut suivre la manière de faire de Kelly ou celle de Pryor. En plusieurs cas, j'ai obtenu des résultats satisfaisants de la méthode suivante : On fait, suivant la technique ordinaire, la ligature du ligament large du côté indemne. Puis on lie les vaisseaux ovariques du côté malade. Les rapports du bord supérieur du ligament large peuvent être complètement détruits par le développement intraligamentaire de la tumeur, mais, malgré cela, il est possible de trouver et de lier les vaisseaux sans difficulté. Quand les vaisseaux sont disposés au-dessus de la tumeur, il n'est pas de meilleur moyen pour les pincer (surtout les veines) que de les charger au moyen d'une aiguille à anévrysme ; on peut écarter entièrement le ligament rond des vaisseaux ovariques et lier séparément les vaisseaux de ce ligament. On évite, au moyen de pinces, l'hémorrhagie en retour. On sectionne ensuite le ligament rond, on incise le péritoine en avant de la tumeur, et on prolonge l'incision sur la face antérieure de l'utérus jusqu'au côté opposé. On refoule la vessie en bas, et on décolle le péritoine de la face antérieure de la tumeur. On

recherche ensuite soigneusement l'uretère qui, en pareils cas, peut cheminer le long de la face antérieure de la tumeur, bien que jamais je ne l'aie trouvée en cette situation. Les vaisseaux ovariques sont sectionnés immédiatement après, et l'on incise le péritoine sur la face dorsale de la tumeur. On procède ensuite à l'énucléation de la tumeur à l'aide de tractions faites soit avec la main, soit avec la pince à griffes, et en séparant de la tumeur péritoine et tissu connectif avec une éponge. A ce moment de l'opération tous les vaisseaux ont été liés, sauf l'artère utérine d'un côté. Et si l'on dégage la tumeur de son lit en refoulant le tissu connectif au moyen d'une éponge, il ne se fait pas d'hémorrhagie. L'énucléation et l'extraction de la tumeur terminées, on peut alors, à la façon habituelle, lier les vaisseaux utérins du côté malade.

Quand les deux ligaments larges sont déformés par le développement intra-ligamentaire du ou des fibromes, j'ai, en certains cas, appliqué des ligatures provisoires en dedans des ovaires, des deux côtés, pour prévenir des hémorrhagies par les artères ovariques. Puis, des pinces étant placées au voisinage des cornes utérines pour empêcher l'hémorrhagie de retour, on peut sectionner le bord supérieur des ligaments larges, lier les vaisseaux du ligament rond suivant le procédé habituel et énucléer les tumeurs à l'aide de tractions et de pressions avec une éponge, comme il a été décrit plus haut. L'extraction des tumeurs étant faite, il est aisé de lier les vaisseaux utérins. On sectionne alors le col, et on le ferme. On place alors des ligatures permanentes en dehors des ovaires et on enlève les annexes. Finalement, on suture le lambeau péritonéal d'après la méthode ordinaire.

Cette méthode est avantageuse surtout dans les cas où la tumeur est enclavée dans le bassin et où les annexes sont fortement adhérentes au-dessous de la tumeur. Quand j'ai appliqué la méthode de Kelly, je l'ai suivie entièrement, sauf que j'ai, comme premier temps de l'opération, lié l'artère ovarique du côté malade.

Quelques particularités de la technique opératoire sont assez

importantes pour qu'il y ait lieu de les rappeler. Il convient de n'employer pour les ligatures en masse que de la soie fine ou du catgut et de ne saisir qu'une portion relativement petite de tissus dans chaque ligature. Les quatre artères principales doivent, outre la ligature en masse, recevoir chacune une ligature isolée. Grâce à l'observation de cette règle, je n'ai jamais eu à regretter d'hémorrhagie primitive ou secondaire après l'hystérectomie. On ne saurait trop apprécier l'emploi d'une éponge, fixée sur un porte-éponge, pour séparer les ligaments larges de la tumeur ou de l'utérus. J'ai appris de Kelly ce point de technique. Il facilite beaucoup l'énucléation de la tumeur et permet de la réaliser sans perte de sang. La portion supérieure du ligament large, y compris le ligament rond, étant sectionnée, ce qui reste du ligament large ne contient que du tissu connectif qu'il est aisé de séparer de la tumeur ou de l'utérus. Pas n'est besoin pour cela d'instrument tranchant. Je préfère fermer le pédicule cervical par quelques sutures au catgut pour supprimer toute possibilité d'infection par le vagin.

Toutes les fois qu'on le peut, on fait le curettage de l'utérus et on lave la cavité utérine comme temps préliminaire à l'hystérectomie. Grâce à l'emploi du catgut pour les ligatures en masse et la suture du col, les sutures à la soie près du col sont réduites à deux sutures isolées. Cette méthode réduit les risques de l'infection des ligatures du pédicule au minimum, en réalité à 0.

État actuel de l'amputation supra-vaginale pour fibro-myômes de l'utérus. — Pour déterminer la mortalité de l'amputation supra-vaginale pour fibro-myômes de l'utérus, j'ai rassemblé les statistiques de Kelly, Baldy, Penrose et Boldt pour les trois dernières années, et ma propre statistique depuis l'époque où j'ai commencé de pratiquer l'opération, en 1891. On estimera que les résultats obtenus par quelques gynécologistes connus pendant une période de temps bien déterminée, peuvent fournir une approximation plus exacte de la mortalité actuelle de l'opération qu'un ensemble de cas provenant de la pratique de chirurgiens plus nombreux et correspondant à des périodes de temps diverses.

Amputations supra-vaginales pour fibro-myômes de l'utérus.
Années 1894, 1895, 1896

	CAS	MORTS
Dr Howard Kelly	155	7
Dr John M. Baldy	56	2
Dr Charles B. Penrose	57	4
Dr Herman J. Boldt	11	0
Dr Ch.P.Noble (du 28 mai 1891 au 5 avril 1897)	66	4
Total	345	17 = 4,9 0/0

Hystérectomies totales pour fibro-myômes de l'utérus.

		CAS	MORTS
Wm. M. Polk.	1894, 1895, 1896	24	1
H.-J. Boldt	1894, 1895, 1896	28	1
	1893, 1897	27	1
	Avant 1893	21	7

Parallèle de l'amputation supra-vaginale et de l'hystérectomie totale. — L'examen des tableaux précédents montre que la mortalité de l'amputation supra-vaginale dépasse un peu la mortalité de l'hystérectomie totale. Ces chiffres, semble-t-il, représentent les risques relatifs des deux opérations. Je n'ai de l'hystérectomie totale pour fibromes qu'une expérience restreinte. Mais, qu'il se soit agi de fibromes, de processus inflammatoires, ou de néoplasmes cancéreux, cette expérience a suffi à me montrer combien les difficultés techniques sont plus grandes dans l'hystérectomie totale. A mon avis, les inconvénients de l'hystérectomie totale comparée à l'amputation supra-vaginale, sont les suivants : 1° l'opération exige plus de temps, environ 15 minutes de plus ; 2° l'hémostase est moins satisfaisante, parce qu'indépendamment des artères utérines et ovariques, il faut se préoccuper des artères vaginale et hémorrhoïdale moyenne ; 3° le vagin est ouvert, et, bien qu'on ait pu réaliser sa désinfection préalablement, cette désinfection ne peut pas être parfaite, d'où des risques plus grands de contamination pour les doigts, pour les instruments et, consécutive-

ment, pour le péritoine; 4° si même l'opération est soigneusement faite, quand bien même on aurait fermé la cavité péritonéale par une suture continue de la grande séreuse, il reste nécessaire de drainer l'espace péritonéal, c'est-à-dire la base des ligaments larges et la brèche vaginale. Or, cela implique une plaie granuleuse, des ligatures infectées, et l'éventualité d'une résorption septique.

Le seul avantage de l'hystérectomie totale, c'est qu'en certains cas le col de l'utérus est malade, et qu'en ces conditions mieux vaut l'enlever. Les partisans de l'hystérectomie totale allèguent que le pédicule cervical laissé *in situ* peut ultérieurement devenir le siège d'un cancer.

Les adversaires de l'hystérectomie totale objectent encore que le col, laissé en place, est voué à la mortification, qu'il se fera de la suppuration au-dessous de la voûte péritonéale, que les sutures situées dans le tissu utérin ou sur les artères utérines s'infecteront, seront le point de départ d'accidents secondaires.

Mon expérience m'a enseigné que les choses se passent tout autrement. Il y a quelques années, alors que je me servais exclusivement de soie, j'observai, à la vérité, quelques cas d'infection tardive venant du col, et les opérées étaient incommodées jusqu'après l'élimination des sutures. Mais, depuis que j'emploie du catgut pour suturer le col et pour les ligatures en masse, je n'ai enregistré aucun phénomène fâcheux. En aucun cas, il ne s'est fait de suppuration sous la couverture péritonéale. Et même constatation a été faite pour l'hystérectomie appliquée aux inflammations pelviennes. Les recherches bactériologiques les plus récentes ont démontré que Schrœder et ses élèves insistaient à tort sur les dangers d'une infection à origine cervicale; d'ailleurs, à défaut de ces résultats bactériologiques, les faits cliniques avaient déjà démontré l'inanité de ces dangers. Quand le col se mortifie ou que l'infection se déclare, l'origine de ces accidents est plutôt dans des ligatures défectueuses ou dans une infection causée par les doigts du chirurgien. Ces accidents qu'on peut prévenir ne devraient pas être attribués à une infection partie du canal cervical.

Il est un fait qui peut permettre d'apprécier les mérites respectifs de l'hystérectomie totale et de l'amputation supra-vaginale : nombre de chirurgiens qui, en Amérique, se sont déclarés partisans de l'hystérectomie totale, ont adopté l'hystérectomie vaginale pour les tumeurs petites. Il n'en est pas ainsi pour ceux qui pratiquent l'amputation supra-vaginale. Si les partisans de l'hystérectomie totale étaient satisfaits de ses résultats, ils n'adopteraient par une autre méthode opératoire. Cette tendance, à mon avis, à sa raison dans la technique relativement grossière de l'hystérectomie totale. Les chirurgiens qui la pratiquent sont accoutumés à voir les ligatures autour des utérines et autour des parois vaginales sectionnées s'infecter et être éliminées par voie de nécrose et de suppuration. Ceux qui suivent une technique moins parfaite, et qui s'abstiennent de suturer le péritoine pour séparer la cavité péritonéale de la plaie opératoire, font le drainage du péritoine sain. Habitués qu'ils sont à une plaie granuleuse, infectée, avec un degré plus ou moins marqué de nécrose, au drainage à la gaze et à des sécrétions vaginales plus ou moins fétides, ils peuvent faire l'hystérectomie vaginale sans répugnance. Les conséquences secondaires sont les mêmes dans les deux opérations, bien que plus sérieuses dans l'hystérectomie vaginale.

D'autre part, ceux qui font l'amputation supra-vaginale n'ont, en raison de la perfection de sa technique, qu'à se préoccuper du processus de cicatrisation une fois l'opération faite. Inflammation, infection des ligatures, nécrose, drainage et écoulements fétides, tout cela est supprimé ; aussi, l'hystérectomie vaginale leur répugne-t-elle, parce qu'elle les forcerait à s'exposer de nouveau aux conséquences désagréables et plus ou moins dangereuses d'une technique grossière, déplaisante, qu'ils ont éliminée de leur pratique.

Depuis qu'on a démontré que le drainage n'est que très exceptionnellement nécessaire en chirurgie pelvienne, l'amputation supra-vaginale répond à toutes les indications. On écarte la nécessité du drainage par la ligature minutieuse des points saignants et par l'asepsie rigoureuse de l'intervention. Quand,

malgré tout, on n'a pu éviter la contamination du péritoine par le pus ou par d'autres sécrétions, il faut soigneusement laver le bassin avec la solution saline normale pour évacuer ou tout au moins pour diluer au maximum les éléments infectieux. Le lavage minutieusement fait, on remplit la cavité péritonéale de la solution saline normale do façon à diluer les éléments infectieux et à disperser les germes qui ont pu rester. De cette façon, une portion déterminée du péritoine n'est en présence que d'un nombre minimum de germes.

Hystérectomie vaginale pour fibro-myômes. — Les limites de ce travail ne permettent pas une enquête minutieuse pour préciser la situation respective de l'amputation supra-vaginale et de l'hystérectomie vaginale pour fibromes. Mon expérience de l'hystérectomie, vaginale se réduit à un cas unique, oùje la pratiquai pour parer à une hémorrhagie consécutive à une myomectomie vaginale. Laissant de côté la question de la mortalité, qui vraisemblablement dépend plutôt du chirurgien que de telle ou telle méthode opératoire, l'objection que je fais à l'hystérectomie vaginale pour fibromes est absolument fondamentale. L'hystérectomie vaginale viole plusieurs principes qui, selon moi, devraient servir de fondement à la chirurgie gynécologique moderne.

1° L'hystérectomie vaginale viole les principes de la vraie conservation. La myomectomie, et non l'hystérectomie, est l'opération idéale pour les fibromes utérins. Même quand les tumeurs sont petites, à moins qu'elles ne soient sous-muqueuses ou qu'elles ne proéminent en bas, mieux vaut les attaquer par en haut.

2° L'hystérectomie vaginale, soit avec la forcipressure, soit avec les ligatures, implique la production volontaire d'un processus de mortification, qui répugne dans toute technique chirurgicale affinée.

3° Quand on emploie des clamps, il devient indispensable de faire le drainage même de la cavité péritonéale saine, pour séparer avec de la gaze la cavité péritonéale générale du champ de mortification de l'opération.

Ces objections à l'hystérectomie vaginale pour fibromes sont

si formelles, qu'à mon jugement cette opération sera abandonnée pour la cœliototomie.

Exploration des ovaires pour tumeurs fibreuses. — L'ablation des ovaires dans le cas de tumeurs fibreuses, comme opération apte à remplacer l'hystérectomie, n'offre pas plus d'avantages, sauf dans quelques cas exceptionnels. Appréciée en général, la mortalité des deux opérations est à peu près la même; mais si l'on considère que, l'hystérectomie faite, la guérison opératoire est suivie de la guérison définitive, tandis qu'après l'ovariotomie la convalescence est particulièrement lente, et qu'en outre, dans bon nombre de cas, les fibromes continuent de s'accroître et de saigner, le choix de l'opération ne peut être douteux. J'enlèverais seulement les ovaires dans les cas de tumeurs petites, donnant lieu à des hémorrhagies rebelles, quand les moyens palliatifs ont échoué.

En semblables conditions, si, en outre, la malade était trop faible pour supporter l'anesthésie tout le temps qu'exige l'hystérectomie, je ferais la castration. Mon expérience se borne à douze cas. Dans un, je n'enlevai qu'une annexe parce qu'il me fut impossible de trouver l'autre. Dans ce cas, j'avais enlevé le col et lié les artères utérines par le vagin; quelques semaines plus tard, j'extirpai les ovaires. La dernière opération date de 1893. Toutes les malades se remirent de l'opération et les résultats définitifs furent bien satisfaisants.

Opération précoce pour les tumeurs fibreuses. — Il faut recourir à l'intervention précoce. La mortalité de l'amputation supra-vaginale de l'utérus, actuellement de 5 p. 100, comme il a été indiqué plus haut, serait moins élevée si l'on ne se laissait pas encore trop influencer par l'antique précepte que « *les tumeurs fibreuses ne doivent être enlevées que quand elles menacent directement la vie* ».

Les conséquences graves de ces retards à l'intervention sont l'affaiblissement trop grand, la diminution de la vitalité des malades, l'apparition de complications parfois graves dues aux phénomènes de compression, la nécrose, les dégénérescences diverses des tumeurs (kystique, sarcomateuse, calcaire), les affec-

tions surajoutées des annexes (salpingites diverses, kystes ovariques, etc.), le développement intra-ligamentaire des fibromes, et, trop souvent, malgré les promesses faites, la continuation de l'aggravation des accidents, même après l'âge de la ménopause: autant de complications maintes fois observées. D'autre part, les femmes jeunes qu'on n'opère pas courent le risque d'avoir des grossesses et des accouchements compliqués par les fibromes, risques qui, évidemment, varient avec le volume et le siège de la tumeur.

L'examen des cas dans lesquels Noble fit l'hystérectomie montre que 30 à 38 p. 100 de ses opérées seraient mortes des suites de leur maladie, si on n'était pas intervenu ; chiffre de mortalité qui fait un contraste éloquent avec celui de 5 p. 100, taux de la mortalité après l'opération. Au résumé, *la conduite la plus sage, quand il s'agit de fibromes utérins, c'est d'intervenir de bonne heure,* alors que les tumeurs sont petites et que la vitalité du sujet n'est pas compromise. Voilà la véritable chirurgie conservatrice : 1) Elle conserve la vie du sujet en assurant une mortalité *mimima* par l'opération ; 2) elle conserve l'intégrité des organes de la génération en permettant de se borner à la myomectomie dans un grand nombre de cas ; 3) elle procure des années de vie active et de santé réelle au lieu des années d'infirmité ou de demi-infirmité qui sont la conséquence d'une expectation exagérée.

Myomectomie. — C'est l'opération idéale dans les cas de fibromes utérins. Non seulement elle débarrasse les sujets de leur maladie, mais elle rétablit l'intégrité fonctionnelle des organes de la génération. Le prochain progrès dans le traitement des tumeurs fibreuses sera dans l'intervention *précoce,* avec le but bien déterminé de substituer la myomectomie à l'hystérectomie dans un grand nombre de cas. La myomectomie évidemment n'est indiquée que pour les femmes aptes à la grossesse. Mon expérience de cette opération s'étend à 22 cas, dont 5 furent pratiquées par la voie abdominale et 17 par la voie vaginale. Non seulement toutes les femmes se remirent de l'opération, mais elles retrouvèrent la santé. Dans 6 des cas

opérés par le vagin, 6 fois il fallut inciser le col et, éventuellement, l'utérus lui-même pour atteindre la tumeur. J'ai fendu, des deux côtés, l'utérus bien au-dessus de l'orifice interne, afin de m'assurer la place nécessaire pour énucléer des fibromes sous-muqueux ou interstitiels situés près du fond. Dans ces cas, on pouvait lier les artères utérines, mais la précaution est exceptionnellement nécessaire. L'incision de l'utérus doit être suturée au catgut. De ces 22 femmes, pas une seule n'est revenue encore avec une tumeur développée aux dépens de nodules fibromateux laissés *in situ*.

Conclusions. — La chirurgie est redevable aux chirurgiens américains de l'ovariotomie et de l'hystérectomie pour fibromes. L'ovariotomie fut inaugurée par Mc Dowell en 1809, et l'on doit envisager l'hystérectomie comme une opération dérivée de la première, car c'est après le diagnostic de tumeur ovarique qu'on fit les premières opérations de tumeurs fibreuses. La première hystérectomie faite, de propos délibéré, après diagnostic exact, fut pratiquée, en 1853, par Kimball.

Le mode d'hystérectomie adopté en Amérique a été l'amputation supra-vaginale. Cette méthode fut choisie par Kimball et Burnham en 1853. Nombre de chirurgiens, de toutes nationalités, ont pris une large part au développement de l'hystérectomie, surtout Schrœder. Mais, dans l'évolution de l'opération, les modifications de technique qui l'ont faite simple et sûre ont été imaginées par des chirurgiens américains. Ces modifications sont :

1° Le traitement rétro-péritonéal du pédicule. — Emmet, 1884 ; Eastman, 1887 ; Dudley et Goffe, 1890.

2° La ligature des troncs des artères utérines dans leur trajet à travers les ligaments larges. — Stimson, 1889 ; Baer, 1892.

3° Amputation à travers le col bien au-dessous de l'orifice interne et suppression des ligatures constrictives dans les tissus du col. — Baer, 1892.

Substitution de quelques sutures au catgut pour fermer le col et prévenir une infection secondaire, à travers le canal cervical, et à origine vaginale.

4° L'inauguration d'une technique méthodique pour l'extirpation des tumeurs fibreuses intrà-ligamentaires. — Pryor, 1894; Kelly, 1896.

La mortalité des tumeurs fibreuses est plus élevée qu'on ne le dit actuellement. Elle dépasse de beaucoup la mortalité de l'opération pour la cure de la maladie.

La mortalité de l'hystérectomie totale pour fibromes utérins oscille autour de 9 p. 100.

Le chiffre de la mortalité est notablement surélevé par l'antique précepte de temporiser avec l'opération quand il s'agit de tumeurs fibreuses, précepte qui influence encore praticiens et chirurgiens.

L'opération précoce des tumeurs fibreuses devrait avoir pour base le principe de la « conservation vraie » opposée à la « conservation apparente ». L'opération précoce assure une mortalité réduite. Elle permet la substitution de la myomectomie à l'hystérectomie chez les femmes en état de devenir mères dans un nombre de cas plus considérable qu'il n'est possible avec des tumeurs plus volumineuses. Elle conserve la vie et la santé du sujet, et quand la myomectomie est faisable, elle restaure l'intégrité fonctionnelle des organes de la génération.

Le précepte de l'expectation, ou principe conservateur faux, conserve seulement le développement progressif de la tumeur. Des malades, il fait, des années durant, des invalides ou des demi-invalides et les expose à plus de risques que l'opération précoce. Finalement, nombre de femmes qui, pendant des années, ont souffert dans l'espoir de guérir sans opération, se voient forcées d'accepter l'hystérectomie, alors que les chances de guérison sont bien inférieures à celles qu'assure l'opération précoce.

La myomectomie est l'opération idéale pour les fibromes utérins. Le prochain progrès dans le traitement des tumeurs fibreuses sera l'acceptation de l'opération précoce avec le but précis de substituer la myomectomie à l'hystérectomie chez les femmes aptes à devenir mères, dans les cas où il n'y a qu'un petit nombre de nodules fibromateux.

BIBLIOGRAPHIE

(1) G. KIMBALL, M. D. Successful Case of Extirpation of the Uterus. *Boston Med. and Surg. Jour.*, vol. lii, May 3, 1855, p 249.

(2) WASHINGTON L. ATLEE, M. D. Removal of a Fibroid Tumour of the Uterus by Gastrotomy. *Amer. Jour. Med. Sciences*, vol. ix, April, 1845, p. 309.

(3) WASHINGTON L. ATLEE, M. D Prize Essay. The surgical Treatment of certain fibrous Tumours of the Uterus, heretofore considered beyond the Resources of Art. *Trans. Amer. Med. Association*, vol, vi, 1853, p. 547.

(4) WASHINGTON L. ATLEE. M. D. The Treatment of fibroid Tumours of the Uterus. *Trans. Internat. Med. Congress*, 1876, p. 808.

(5) JOHN C. IRISH, M. D. Hysterectomy for the Treatment of fibroid Tumours. *Trans. Amer. Med. Association*, vol. xxix, 1878, p. 447.

(6) HENRY P. PERKINS, M. D. Three hundred and thirty-eight Cases of abdominal Section in the Practice of Dr. Walter Burnham, Lowel, Mass., &c. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, vol. i, May, 1888, p. 339.

(7) G. KIMBALL, M. D. Extirpation of the Uterus *Trans. Amer. Med. Association*, vol, xxviii , 1877, p. 319.

(8) H. R. BIGELOW, M. D Gastrotomy for Myo-fibromata of the Uterus. *Amer. Jour. Obstet.*, vol. vvi, 1883, p. 2171.

(9) T. G. THOMAS, M. D. *Treatise on Diseases of Women*, 1880, p. 549.

(10) HENRY O. MARCY, M. D. Fibroid Tumours of the Uterus. *Trans. Seventh Internat Med. Congress London*, vol ii, 1881, p. 234 ; *Trans. Amer. Med. Association*, vol. xxxiii, 1882, p. 203.

(11) E. W. CUSHING, M. D. The Evolution in America of abdominal Hysterectomy and total Extirpation of the Uterus. *Ann. Gynæc. and Pædiat.*, vol. viii, June 1873, p. 568 ; *Monatschrift f. Geburtsh. u. Gynäk.*, bd. 1, 1895, p. 619.

(12) T. A. EMMET, M. D. *Principles and Practice of Gynæcology*, 1884, p. 612.

(13) JOSEPH EASTMAN, M D. A Case of Hysterectomy, with practical Comments on Laparotomy. *Trans. Indiana State Med. Soc.*, 1887, p. 133 ; Chairman's Address : *Jour. Amer. Med. Association*, vol. xxiii, August 4, 1894, p. 173.

(14) MARY A. DIXON JONES, M. D. Two Cases of uterine Myoma : One supra-pubic Hysterectomy, the other complete Hysterectomy. *New York Med. Jour*, vol. xlviii, August 25 and September 1, 1888, p. 198 and 227.

(15) L. A. STIMSON M. D. Ligation of the uterine Arteries in their continuity as an Early Step in total or partial abdominal Hysterectomies. *New York Med. Jour.*, vol. xlix, March 9, 1889, p 277.

(16) L. A. STIMSON, M. D On some Modifications in the *Technique* of abdominal Surgery, limiting the Use of the Ligature *en masse*. *Med. News* vol. lv, July 27, 1889, p. 93.

(17) H. A. KELLY, M. D. A New Method of performing Hysteromyomectomy. *Amer. Jour. Obstet.*, vol. xxii, April 1889, p. 375.

(18) H ROBB, M. D. Hystero myomectomy, with a Report of four Cases. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, vol. iii, n° 23, June 1892, p. 69.

(19) W. M. POLK, M D New Method of Treating the Pedicle in supra public Hysterectomy for Uterine Fibroids and Procidentia. *Amer. Jour. Obstet.*, vol xxiii, January 1890, p. 82.

(20) N. SENN, M. D. *Technique* of New Method of abdominal Hysterectomy. *Jour. Amer. Med. Association*, vol. xxv, August 10, 1895, p. 225.

(21) HENRI T. BYFORD. M. D. Vaginal Fixation of the Stump in abdominal Hysterectomy. *Trans. Amer. Gynæc. Soc.*, 1889, p. 413 ; 1890, p. 127, and 1891, p. 212. *Amer. Jour. Obstet* , vol. xxiii, October 1890, p. 1113 ; vol. xxiv, October 1891, p. 1228 ; vol. xxviii, January 1893, p. 107.

(22) JOSEPH EASTMAN, M. D. Work in abdominal and pelvic Surgery. *Indiana Med. Jour.*, Print. vol. viii. April 1890, p. 219 ; Some Remarks on abdominal Hysterectomy. *Med. Fortnightly*, January 15, 1896, p. 41.

(23) JOSEPH EASTMAN, M. D. Demonstration concerning Hysterectomy, before International Congress in Berlin. *Trans. Internat. Med. Congress*, 1890 ; Totale Exstirpation der Gebärmutter wegen Myom. Memorabilien. *Zeitschrift f. rationelle praktische Aerzte*, xxxiv. *Jahrgang*, 7 Heft, July 11, 1890, p. 389.

(24) J. R. GOFFE, M. D. A New Method — the intra-abdominal but extraperitoneale method — of disposing of the Pedicle in supra-vaginal Hysterectomy for Fibroid Tumours, &c. *Amer. Jour. Obstet* , vol. xxiii., April 1890, p. 372.

(25) J. R. GOFFE, D. M. The Development of the intra-pelvic Treatment of the Stump after Hysterectomy for Fibroid Tumours, and its present Status. *Trans. Amer. Gynæc. Soc.*, vol. xvii, 1893, p. 79 ; Some further Considerations of my Method of disposing of the Pedicle in supra-vaginal Hysterectomy for Fibroid Tumours. *Amer. Jour. Obstet.*, vol. xxxii, August 1895, p. 177.

(26) W. M. POLK, M. D. Extirpation of the entire Uterus by the suprapubic Method. *Trans. Amer. Gynæc. Soc.*, vol xvii, 1892, p. 215.

(27) F. KRUG, M. D. Total Extirpation *versus* leaving the Stump in Operation for Uterine fibro-myomata. *New York Jour. Gynæc. and Obstet.*, vol. ii, January 1892, p. 13.

(28) H. J. BOLDT, M. D. The operative Treatment of Fibro-myoma of the Uterus. *Amer. Jour. Obstet.*, vol. xxvii, June 1893, p. 832.

(29) G. M. EDEBOHLS, M. D. The *Technique* of total Extirpation of the fibromatous Uterus. *Amer. Jour. Obstet.*, vol. xxviii, November 1893, p. 606.

(30) B. F. BAER, M. D. Supra-vaginal Hysterectomy without Ligature of the Cervix in Operation for Uterine Fibroids, a new Method. *Trans. Amer. Gynæc. Soc.*, vol. xviii, 1892, p. 235 ; A Supplementary Paper upon supra-

vaginal Hysterectomy by the new Method, &c. *Trans. Amer. Gynæc. Soc.* vol. xviii, 1893, p. 62.

(31) Wm. R. Pryor, M. D. A new and rapid Method of dealing with intra-ligamentous Fibromata. *Med. News*, vol. xiv, December 1, 1894, p. 602.

(32) H. A. Kelly, M. D. Hystero-myomectomy and Hystero-salpingo-ophorectomy by continuous Incision from left to right or from right to left. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, vol. vii, nos, 59 and 60, February-March, 1896, p. 27.

(33) Charles Clay, M. D. Observations on Ovariotomy, statistical and practical; also a successful Case of the entire removal of the Uterus and its Appendages. *Trans. London Obstet. Soc.*, vol. v, 1863, p. 58.

(34) E. Kœberlé, M. D. Documents pour servir à l'histoire de l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice par la méthode sus-pubienne. *Gaz. Méd. de Strasbourg*, n°. 2, 1864, p. 17.

(35) Péan et Urdy. Hystérectomie, &c. Paris, 1873.

(36) Hegar and Kaltenbach. *General and Operative Gynæcology.* English Translation, 1887.

(37) Thomas Keith, M. D. On supra-vaginal Hysterectomy, with Remarks on the Principle of the extra-peritoneal method of Treating the Pedicle. *British Med. Jour.*, vol. 2, December 8, 1883, p. 1116.

(38) J. Knowsley Thornton, M. D. *Hysterectomy ;* Allbutt and Playfair. *A System of Gynæcology*, 1896, p. 611.

(39) George Granville Bantock, M. D. On the Treatment of the Pedicle in supra-vaginal Hysterectomy. *Trans. Amer. Gynæc. Soc.*, vol. xii, 1887, p. 200.

(40) C. Schrœder, M. D. Ueber Myomotomie. *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, Bd. 9, 1882, p. 141, and Bd. 8, 1883, p. 204; On Myomotomy. *British Med. Jour.*, vol. ii, October 13, 1883, p. 714.

(41) B. Bardenheuer, M. D. *Die Drainirung der Peritonealhöhle ; Anhang die Totalexstirpation des Uterus wegen Fibroid.* Stuttgart, Enke, 1881, p. 271.

(42) A. Martin, M. D. Ueber Myom-operationen. *Zeits. f. Geb. und Gyn.*, Bd. 20, 1890, p. 1.

(43) Heinrich Fritsch, M. D. Ueber Myom-operation. *Trans. Internat. Med. Congress*, vol. iii, 1890, p. 261.

(44) R. Chrobak, M. D. Zur Exstirpatio Uteri myomatosi abdominalis. *Centr. f. Gyn.*, Bd. 15, n° 9, February 28, 1891, p. 169.

(45) R. Chrobak, M. D. Zur Exstirpatio Uteri myomatosi abdominalis (die retro-peritoneale Stielversorgung). *Centr. f. Gyn.*, Bd. 15, n° 35 August 29, 1891, p. 713.

(46) H. N. M. Milton, M. D. Supra-vaginal (abdominal) Hysterectomy with the Scissors. *The Lancet*, vol. ii, November 29, 1890, and vol. ii September 26, 1891, p. 710.

(47) HEYWOOD SMITH, M. D. Sub-peritoneal Hysterectomy. *British Gynæc. Jour.*, vol. viii., February, 1892, p. 23 and 84.

(48) FREDERICK BOWREMAN JESSETT, M. D. Suggestions for performing abdominal Hysterectomy by total Extirpation of the Uterus, with Cases. *British Gynæc. Jour.*, November, 1895, p. 352.

(49) CHRISTOPHER MARTIN, M. D. On Pan-hysterectomy, or total Extirpation of the Uterus. *Trans. Edinburgh Obstet. Soc.*, 1895-96, p. 56.

(50) PAUL ZWEIFEL, M. D. Die Stielbehandlung bei der Myomektomie. Stuttgart, Enke, 1888.

(51) CHARLES P. NOBLE, M. D. Remarks on early Operation for fibroid Tumours. Report of two Years, Work in abdominal Surgery, &c. *Internat. Med. Mag.*, vol. ii, December 1893, p. 985 ; Uterine Fibroids. *Trans. Pennsylvania State Med. Soc.*, 1894 ; *The Med. and Surg. Reporter*, vol. lxx, June 2, 1894, p. 771 ; Abdominal Hysterectomy for Fibroma Uteri. *The Southern Practitioner*, January 1897.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A. PINARD. — **Rapport sur deux cas d'opérations césariennes pratiquées, l'une par le Dr Lecerf, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Valenciennes (1), l'autre par le Dr Poncet (de Cluny) (2), et sur un cas d'hystérectomie totale chez une femme en travail, pratiquée par le Dr Mouchet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Sens.**

I. — La conduite à tenir, la méthode thérapeutique à suivre, le procédé opératoire à employer dans les cas où, chez une femme enceinte à terme, l'accouchement spontané ne peut s'effectuer par suite de la présence d'une tumeur dans l'excavation, sont encore, à l'heure actuelle, toujours choses préoccupantes et, quelquefois, extrêmement difficiles et embarrassantes, même pour les hommes les plus expérimentés.

De là l'intérêt qui s'attache aux deux observations qui nous ont été présentées par nos confrères les Drs Lecerf et Poncet (de Cluny), et dont voici le résumé.

---

(1) Présentée à l'Académie le 2 juillet 1895.

(2) Présentée à l'Académie le 28 avril 1896.

Dans l'observation du Dr Lecerf, il s'agit d'une femme de quarante ans, accouchée déjà cinq fois et à terme d'enfants vivants, la dernière fois il y a neuf ans. Enceinte pour la sixième fois, la santé n'ayant été troublée ni avant ni pendant cette grossesse, cette femme en travail fut envoyée d'Anzin à l'Hôtel-Dieu de Valenciennes, par le Dr Canonne, qui avait reconnu chez elle un cas de dystocie.

Le Dr Lecerf l'examina alors. Il apprit que le travail avait débuté le même jour, 13 mai, après minuit, et que les membranes s'étaient rompues spontanément, à trois heures du matin. Après anesthésie, il reconnut dans l'excavation la présence d'une tumeur oblongue simulant une tête de fœtus allongée, d'une consistance presque ligneuse, intimement accolée au sacrum, remontant jusqu'au-dessus du détroit supérieur, et ne laissant entre elle et le pubis qu'un interstice où le doigt, s'engageant péniblement, rencontra l'orifice utérin et put sentir la tête fœtale. La dureté, le volume et l'immobilité de la tumeur ne permettant pas de songer à une délivrance par les voies naturelles, le Dr Lecerf résolut de pratiquer l'opération césarienne, après avis et avec l'aide du Dr Mariage.

L'opération eut lieu quelques heures après l'entrée de la patiente. Incision de la paroi abdominale sur une étendue de 24 centimètres, incision de la paroi utérine de 20 centimètres, extraction facile d'un enfant vivant de 7 livres, puis du placenta. Quatre fils de soie sont passés dans toute l'épaisseur du tissu musculaire utérin et liés par un triple nœud. Le péritoine viscéral est réuni à l'aide de 12 points de catgut et la paroi abdominale fermée par trois plans de suture.

Les suites de cette intervention furent des plus simples : cette femme se levait le 14e jour et quittait, complètement guérie et avec son enfant, l'hôpital de Valenciennes, le 6 juin, c'est-à-dire vingt-cinq jours après son opération.

C'est donc là une très heureuse terminaison pour la mère et pour l'enfant, et un brillant succès dont on ne saurait trop féliciter le Dr Lecerf. Est-ce à dire pour cela que la conduite suivie par notre confrère doive être la règle en pareil cas ? Je ne le pense pas. Et, m'appuyant sur les statistiques, je crois que l'opération césarienne conservatrice pratiquée sur un utérus fibromateux, chez une femme en travail depuis un certain temps, avec œuf ouvert, et chez laquelle plusieurs examens auront été pratiqués, sera toujours chose hasardeuse. Car on sait combien les chances d'infection sont grandes dans ces circonstances.

Aussi, pour ma part, dans des cas semblables, je préfère pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, méthode qui, tout en sauvegardant aussi bien, sinon mieux, les jours de la femme, a pour résultat définitif la guérison complète, c'est-à-dire la disparition de la tumeur. Et je pense que bientôt les observations seront assez nombreuses pour entraîner la conviction de tous et en faire la méthode de l'avenir. Mais cela ne diminue en rien le mérite de notre confrère, et je propose à l'Académie d'adresser des remerciements au Dr Lecerf et de déposer son observation dans les Archives.

Les conclusions du présent rapport, mises aux voix, sont adoptées.

II. — Le Dr Poncet (de Cluny) nous a communiqué une observation qu'il a intitulée : **Constriction du corset pendant la grossesse. — Enchondrome. — Opération césarienne. — Mort**, et qu'on peut résumer ainsi :

Femme de vingt-trois ans, de taille élevée, à épaules larges, aux hanches saillantes, remarquée quand elle était jeune fille pour sa taille élancée. — Notre confrère attribue à une constriction exagérée du corset la gracilité de la taille. — Devenue enceinte quelque temps après son mariage, cette pauvre femme voulut conserver son tour de taille de 46 centimètres, dont elle était si fière. De là l'engagement d'une lutte dans laquelle le corset, au lieu de maintenir et de soutenir, comme on dit qu'il le fait généralement, eut surtout à comprimer. Résultat : développement de l'enfant entravé, ventre déformé présentant un étranglement au-desous de l'ombilic ; accouchement prématuré débutant le 225e jour de la grossesse.

De plus, l'examen pratiqué au début du travail permit au Dr Nicolas, appelé d'abord, puis au Dr Poncet (de Cluny), appelé ensuite, de constater que le vagin était rempli de petites tumeurs de la grosseur d'un œuf, non douloureuses, mais dures, cartilagineuses et ne permettant pas d'arriver sur le col utérin ; des tumeurs de même nature furent constatées dans la grande lèvre droite, dans le sein droit et dans le flanc droit au milieu des muscles de la paroi.

Notre confrère, en présence de ces tumeurs multiples, fit le diagnostic de tumeurs enchondromateuses. Comme le vagin et le bassin étaient oblitérés par ces néoplasmes, et que l'accouchement spontané était matériellement impossible, il pratiqua, malgré le mauvais état général de la parturiente, l'opération césarienne avec l'aide des Drs Nicolas, Alban et Chabrol. L'opération fut habilement pratiquée. L'enfant extrait

en état de mort apparente ne put être ramené à la vie, malgré les tractions rythmées de la langue. Il est peut-être regrettable que l'insufflation n'ait point été pratiquée. Quant à la mère, elle mourut quatre heures après l'opération.

Notre confrère fait suivre son observation de remarques qui, en somme, n'ont qu'un but : démontrer l'action désastreuse du corset. C'est ce dernier qui, pour le Dr Poncet, aurait été cause de tout le mal. Il aurait, chez une fille de cancéreux, produit la généralisation de l'enchondrome et la déchéance de l'organisme, déterminé le déplacement et le refoulement en haut de l'utérus, etc., etc.

Assurément l'on ne peut, d'une façon générale, que déplorer l'action compressive du corset exercée surtout pendant la grossesse ; mais il nous semble que, dans l'espèce, notre confrère est excessif dans ses appréciations. Je ne vois guère, quant à moi, comment le corset a pu être cause de la généralisation de l'enchondrome et faire apparaître ce néoplasme dans le sein et la grande lèvre. De même la déformation du ventre, la situation anormale de l'utérus, l'attitude particulière du fœtus, me semblent plus naturellement devoir être rapportées à la présence des tumeurs multiples.

Peut-être l'intérêt scientifique de cette observation eût-il été plus grand si les digressions relatives à l'abus du corset avaient été moins longues, et l'examen concernant la nature des tumeurs plus complet.

Quoi qu'il en soit, notre confrère doit être loué pour avoir eu le courage d'entreprendre une opération aussi grave que l'opération césarienne, chez une femme épuisée, en travail depuis quelques jours, avec un œuf ouvert. C'était la seule chance de salut pour la mère et pour l'enfant. Notre confrère l'a tentée, il n'a pas réussi ; mais il n'a rien à se reprocher, lui, et nous, nous devons, je pense, le féliciter.

Aussi je propose à l'Académie d'adresser des remerciements au Dr Poncet (de Cluny) et de déposer son observation dans les archives.

Les conclusions du présent rapport, mises aux voix, sont adoptées.

III. — Le 31 mars dernier, le Dr Mouchet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Sens, nous lisait une observation intitulée : **Opération césarienne suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail, atteinte d'un gros fibrome de l'utérus ; extraction d'un enfant vivant ; guérison de la mère.**

En raison de l'intérêt que présente cette observation, elle fut renvoyée à l'examen d'une Commission composée de MM. Périer, Le Dentu,

Pinard, rapporteur. Je viens aujourd'hui m'acquitter de ma tâche, heureux si je puis vous causer autant de satisfaction qu'elle m'en a procuré en l'accomplissant.

Voici tout d'abord le résumé des points les plus intéressants de cette observation :

Femme de trente-huit ans, ayant déjà eu onze grossesses. Il y a dix-huit mois, remarquant l'augmentation de son ventre et l'abondance de plus en plus considérable de ses règles, elle alla consulter le Dr Mouchet, qui constata l'existence d'un utérus fibromateux remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. En raison de l'absence de tout symptôme inquiétant, notre confrère conseille l'expectation. Onze mois après, cette femme entrait à la Maternité de Sens, ressentant quelques malaises et se disant sur le point d'accoucher. Examinée par le Dr Mouchet, celui-ci reconnut une grossesse de huit mois et demi environ avec enfant vivant. Le ventre déformé présentait le relief de deux tumeurs : l'une, située à gauche et dépassant l'ombilic, était constituée par un fibrome ; l'autre, située à droite et s'élevant jusqu'au sternum, était constituée par l'utérus. Le fœtus avait la tête en bas au-dessus du détroit supérieur. Le toucher vaginal montrait le col élevé à droite et en partie effacé ; aucune partie fœtale accessible, les membranes seules étaient perçues par le doigt. A gauche, une tumeur *dure*, faisant corps avec l'utérus, occupait la plus grande partie du bassin. En raison de l'absence de toute contraction utérine, le Dr Mouchet résolut d'attendre soit le vrai travail, soit la rupture des membranes. Celles-ci se rompirent spontanément à 11 heures du soir ; mais, comme les douleurs étaient peu accusées, on ne fit pas prévenir notre confrère. Le lendemain à 9 heures, on constate que le liquide amniotique est teinté de méconium, que les battements du cœur sont faibles, et qu'aucune partie fœtale n'a de tendance à s'engager. Dans ces conditions, le Dr Mouchet décide de pratiquer une opération césarienne, suivie de l'ablation de l'utérus et des fibromes.

Pour vaincre l'hésitation de quelques confrères appelés à donner leur avis, il propose, une fois la malade endormie, de pratiquer le toucher manuel, afin de juger si la tumeur de l'excavation est assez mobile pour se déplacer et permettre l'accouchement par les voies naturelles. Cet examen fait, démontra l'immobilité, l'irréductibilité de la tumeur. Après cette constatation, l'opération fut décidée et pratiquée.

Incision abdominale de 25 centimètres ; utérus attiré et luxé à travers cette plaie, lien élastique entourant le segment inférieur. Incision de l'utérus, constriction du lien, extraction de l'enfant violacé

mais qui ne tarde pas à respirer. Placenta laissé dans l'utérus fortement rabattu en avant pour éviter tout écoulement de sang et de méconium dans le ventre. La malade étant mise alors sur le plan incliné, on procède à l'hystérectomie. Hémostase préventive seulement sur la partie supérieure des ligaments larges, en dehors des annexes. Le lien élastique enlevé, formation d'une collerette péritonéale en arrière, perforation du cul-de-sac de Douglas au niveau du col, senti au moyen du doigt, désinsertion du vagin à droite et à gauche et pincement des utérines au fur et à mesure que la dissection les découvre, section du vagin en avant et décollement de la vessie. L'utérus détaché, des ligatures sont jetées sur les utérines et les utéro-ovariennes très volumineuses; enfin suture transversale en surjet au catgut, du péritoine antérieur et postérieur. Toutes les ligatures se trouvent ainsi en dehors de la cavité péritonéale, dans le vagin qui est lavé au sublimé et tamponné à la gaze iodoformée. Paroi abdominale fermée par trois plans de suture. Suites très simples. Le 16e jour, la femme était guérie et se levait. Quant à l'enfant, qui pesait 2,700 grammes, il présentait des symptômes asphyxiques et mourait vingt heures après sa naissance.

M. Mouchet ajoute qu'à aucun moment son opérée ne présenta de fluxion mammaire, tandis qu'elle avait toujours eu beaucoup de lait après la naissance de ses enfants, tous nourris par elle.

Je puis assurer M. Mouchet que si l'enfant avait vécu, sa mère aurait pu parfaitement le nourrir comme les précédents; je dis même, mieux, s'il est possible, car il se produit chez la femme, après l'ablation des ovaires et même de l'utérus, ce qui se produit chez les vaches castrées. La production du lait est très abondante et très prolongée; c'est ainsi que j'ai pu voir l'allaitement prolongé pendant deux ans, chez deux femmes chez lesquelles j'avais pratiqué l'hystérectomie totale.

M. Mouchet, après avoir donné la relation de son observation, se pose et résout ainsi les questions suivantes :

L'impossibilité absolue d'extraire un enfant vivant par les voies naturelles étant reconnue, devais-je sacrifier l'enfant en recourant à l'embryotomie et remettre à une époque ultérieure l'ablation du fibrome avec ou sans l'utérus? Nous n'avons pas hésité, dit-il, l'enfant vivant encore, à pratiquer la gastro-hystérectomie.

Je suis trop en communion d'idées avec notre confrère, pour ne pas le féliciter de sa détermination. Et je profite de cette occasion pour répéter ici ce que j'ai écrit, et ce que j'enseigne depuis longtemps, à savoir, que l'embryotomie sur l'enfant vivant et viable est plus qu'un

aveu d'impuissance, c'est un opprobre scientifique, c'est une manière de faire, à mon avis, absolument condamnable. Je pense qu'avec les progrès réalisés aujourd'hui, on peut proclamer que l'embryotomie sur l'enfant vivant et viable a vécu. Cette question résolue, notre confrère s'en pose une autre : l'enfant extrait, fallait-il fermer la plaie utérine et différer toute opération, c'est-à-dire se contenter de pratiquer une opération césarienne ordinaire ? Nous avons jugé, dit-il, qu'il était préférable d'enlever la tumeur avec l'utérus et ses annexes, car l'évolution d'un fibrome dans un utérus gravide peut présenter de grandes difficultés et s'accompagner d'hémorrhagies graves.

J'ajouterai, moi, que la conduite suivie par le Dr Mouchet me semble la seule rationnelle, et en rapport avec les progrès de la chirurgie, pour les raisons suivantes : 1° les opérations césariennes simples, pratiquées sur des utérus fibromateux, donnent le plus souvent des résultats déplorables; 2° l'amputation utéro-ovarique ou opération de Porro, outre qu'elle est souvent difficile et quelquefois impossible, ne donne pas des résultats meilleurs que l'opération césarienne simple ; 3° en pratiquant l'hystérectomie abdominale totale, on délivre la femme et de son enfant et de sa tumeur.

Ainsi, je résous la question comme le Dr Mouchet, et avec le Dr Varnier qui, dans un travail intéressant, a exposé l'état actuel sur la question, je dis : « L'hystérectomie abdominale totale nous paraît devoir donner, dans le traitement des fibromes compliquant l'accouchement, des résultats supérieurs à ceux de l'opération de Porro avec traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule (1). » Mais je ne saurais trop insister sur ce point : Il faut *opérer dès le début du travail, ou aussitôt après la rupture de l'œuf*. Et cela, aussi bien dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant. Le Dr Mouchet regrette de n'être pas intervenu plus tôt, et il s'accuse jusqu'à un certain point de la mort de l'enfant. Je partage complètement sa manière de voir. J'ai pratiqué un certain nombre d'hystérotomies pour extraire des enfants, et j'ai toujours été frappé de voir que presque tous les enfants extraits de cette façon étaient, ou en état de mort apparente, ou plus ou moins en état d'asphyxie. On aura d'autant plus de chances de succès que l'on interviendra avant que la vitalité de l'enfant ait été compromise par la longueur du travail. De même, on évitera les chances possibles d'infection, toujours à redouter dans un œuf ouvert.

---

(1) VARNIER et PIERRE DELBET. *Annales de gynécologie*, février 1897.

Il me reste à parler maintenant du procédé opératoire suivi par le Dr Mouchet. « J'ai suivi en partie le procédé opératoire préconisé par le Dr Doyen, au Congrès de Genève », dit notre confrère.

Je ne puis que féliciter M. Mouchet. Il a fort sagement conduit les divers temps de son intervention et le beau succès qu'il a obtenu lui était dû. Mais c'est en raison même de la prudence dont M. Mouchet a fait preuve, que je tiens à relever dans son observation un détail qui, pour être incidemment cité, n'a pas moins, pour moi, une grande importance. M. Mouchet se contente en effet de nous dire qu'il a suivi, *en partie*, le procédé de Doyen et n'insiste pas autrement sur le soin qu'il a pris de faire l'hémostase préventive des utéro-ovariennes. Or, ce détail me paraît, à moi, capital, et je pense que tous ceux qui voudront, en pareille occurrence, recourir au procédé de Doyen feront sagement d'imiter M. Mouchet en prenant au procédé ce qu'il a de bon, mais en se méfiant beaucoup de ce qu'il a de périlleux. Je m'explique :

Dans le procédé d'hystérectomie abdominale totale décrit par Doyen, il y a deux choses : une manœuvre opératoire très brillante et l'application d'une doctrine. La manœuvre, vous la connaissez : elle consiste à libérer l'utérus de bas en haut, après avoir saisi le col par une boutonnière faite au cul-de-sac de Douglas, et, je me plais à le reconnaître, elle constitue un réel progrès sur les procédés qui étaient usités en France au moment de la publication de M. Doyen. Quant à la doctrine, je laisse aux chirurgiens le soin de son appréciation générale, mais, dans le cas particulier de l'ablation d'un utérus gravide, je la trouve tout simplement déplorable.

Bref, je suis très heureux que la belle observation de M. Mouchet m'ait fourni l'occasion de rappeler que, dans l'ablation d'un utérus gravide, la prudence la plus élémentaire exige que tout soit sacrifié à la qualité de l'hémostase. Comme procédé d'ablation, les perfectionnements actuels de l'hystérectomie abdominale nous donnent tout le choix voulu. La manœuvre de Doyen est parfaite et le procédé américain dont je vous ai récemment entretenus (1) est, à mon avis, meilleur encore, parce que, dès les premiers coups de bistouri, l'opérateur se préoccupe de lier les vaisseaux; mais encore une fois, les détails manuels de l'exérèse importent peu, et ce qu'il faut avant tout viser, c'est l'épargne du sang et la perfection de l'hémostase.

Ce fut la conduite suivie par le Dr Mouchet; aussi ne saurions-nous trop le louer et de sa prudence et de son habileté.

---

(1) Séance du 19 janvier 1897.

Je propose à l'Académie d'adresser des remerciements à notre confrère, et de déposer son observation remarquable dans nos archives.

Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 10 *juin* 1897.

M. PICHEVIN présente un **utérus enlevé avec les annexes par la voie vaginale, pour un double pyosalpinx**. Après incision du cul-de-sac postérieur, il fit la fente médiane antéro-postérieure de l'utérus; cette manœuvre lui permit d'enlever facilement les poches salpingiennes.

M. MAYGRIER. **Éclampsie post-partum.** — Une primipare de 26 ans arrive à Lariboisière, en travail, à terme. Depuis un mois, elle présentait de la céphalée et de l'œdème des membres inférieurs. Sept heures et demie après l'accouchement, elle eut une première attaque d'éclampsie suivie de trois autres, de 11 heures du matin à 2 heures. Entre chaque crise, elle reprenait connaissance. De 2 heures du soir à 6 heures, elle reste calme; à 6 heures, elle eut une nouvelle attaque à la suite de laquelle le coma persista. Son état s'aggrave rapidement et elle meurt à 7 heures du soir. Cette observation est intéressante en ce sens que l'éclampsie post-partum, d'habitude bénigne, a eu une terminaison fatale. Il y a de plus lieu de faire remarquer que cette observation va à l'encontre des idées soutenues par les partisans de la provocation du travail dans les cas d'éclampsie de la grossesse. L'auteur en prend acte pour s'opposer à cette manière de faire. Il est bien entendu cependant qu'il reste partisan de la terminaison rapide du travail chez les éclamptiques, conduite qui ne peut donner que d'excellents résultats pour la mère et pour l'enfant.

VARIÉTÉS

11e Congrès de l'Association Française de chirurgie (18-23 octobre 1897).

Le 11e Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le *lundi 18 octobre* 1897, sous la présidence de *M. le Dr* GROSS, *professeur à la Faculté de médecine de Nancy.*

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Des contusions de l'abdomen;* M. Demons, de Bordeaux, rapporteur.

2° *Indications opératoires et traitement du cancer du rectum ;* M. Quénu, de Paris, et M. Hartmann, de Paris, rapporteurs.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8, Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Blumreich et Jacoby. Experimentelle Untersuchungen über Infectionskrankheiten nach Milzexstirpation. *Berliner klin. Wochensch.*, 1897, n° 21, p. 444. — **Bossi**. De l'influence de l'appareil génital de la femme sur les échanges nutritifs dans l'organisme. *La Gynécologie*, Paris, 15 avril 1897, p. 97. — **Clark**. Submammary infusions of salt solutions in primary anemia from hemorrhage, in shock, and in septic infection. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, juin 1897, p. 769. — **Consentino**. Rendiconto della clinica ostetrico-ginecologica pareggiata dell' ospedale S. Franceeco Saverio. *Archiv. di Ost. e Gin.*, mai 1897, p. 281. — **Cumstom**. Hydrocele muliebris with the report of a case. *The Boston med. a. surg. J.*, mars 1897, p. 278. — **Dollinger**. Bactériologie des organes génitaux de la femme. *La Semaine gynéc.*, 1897, n° 22, p. 169. — **Herlitzka**. Beitrag zum Studium der Innervation des Uterus. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 37, H. I, p. 83. — **Kossmann**. Zur Reform der gynækologisch Nomenklature. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 19, p. 542. — **Liebman**. Ein Fall von Fremdkorper im Ovarium. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 17, p. 421. — **Ludwig Mandl**. Zu W. A. Freund's Referat über "Hegar. Kaltenbach's operative Gynækologie" *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 22, p. 668. — **Monis (M. R. P.)**. Tubes endoscopiques pour l'inspection directe de l'intérieur de la vessie et de l'utérus. *Gazette de gynécologie* 1897, p. 113. — **Montgomery**. Saprœmia resulting from the presence of a Dermoid Cyst. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 5, p. 529. — **Morisani**. Dell' azione del Bacterium coli commune sull' endometrio. *Archivio di Ost. e Gin.*, 1897, n° 3, p. 129. — **Nagel**. Beitrag z. Anatomie der weiblichen Beckenorgane. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 3, p. 557. — **Nagel**. Zu dem Aufsatz "kritische Bemerkungen zur Entwicklungeschichte der weiblichen Geschlechts organe beim Menschen" in n° 20 dieser Wochenschrift. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 14, p. 735. — **Pichevin**. Des fausses utérines. *La Semaine gyn.*, 1897, n° 26, 201. — **Robert F. Weir**. On the desinfection of the hands. *Medical Record*, New-York, 3 avril 1897, p. 469. — **Rudolf Oldag**. Fremdkörper im Uterus. *Deutsche medicin. Wochensch*, 1897, n° 23, p. 362. — **Schiller**. Zur Casuistik der Darmfisteln nebst einigen Bemerkungen zur vaginalen Radicaloperation und Klemmenbehandlung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. 37, H. 1, p. 119. — **Wendeler**. Kritische Bemerkungen zur Entwick-

lungsgeschichte der weiblichen Geschlechtsorgane beim Menschen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 20, p. 566.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Beuttner.** Ueber gynäkologische Massage in Beckenhochlagerung. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 19, p. 544. — **Cassau (Ch.).** *L'airol appliqué au traitement des métrites.* Th. Paris, 1896-1897, n° 227. — **Emmet (J. D.).** Curettage and Packing the Uterus. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 5, p. 561. — **Fellner (L.).** Wirkung der Hydrastis canadensis und der Ergotins auf der Uterus. *Wiener Mediz. Presse*, 1897, n° 15, p. 454. — **Giles (A.).** Vaginal douching. *The Lancet*, mai 1897, p. 1337. — **Otto Falk.** Die Elektrotherapie bei der Behandlung der Retroversio-flexio uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 21, p. 609. — **Pit'ha.** Zur Benutzung der heissen Wasserdampfes in der Gynækologie. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 22, p. 652. — **Reynier.** Du traitement des affections do l'utérus et des annexes par l'oxychlorure d'argent obtenu par voie d'électrolyse. *La Semaine gynécologique*, Paris, 27 avril 1897, p. 129. — **Schick.** Ueber Zerstörung des Endometriums durch heisse Ausspülungen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 23, p. 695. — **Weber.** The abuse of topical applications to the endometrium. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 5, p. 553. — **Will.** Medical therapy of the female genital tract. *The Amer. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 5, p. 543.

VULVE ET VAGIN. — **Casper.** Aufgaben und Erfolge bei der Behandlung der chronischen Gonnorrhœ. *Berlin. klinische Wochensch.*, 1897, n° 15, p. 314. — **Condamin.** Traitement des fistules recto-vaginales inférieures par le dédoublement de la cloison et l'interposition des masses musculaires périnéales. *Sem. gynéc.*, 1897, p. 161. — **Ferraresi.** I setti trasversali della vagina. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1897, p. 311. — **Frœlich.** Fistule recto-vaginale chez une petite fille de 6 ans. *Revue méd. de l'Est*, avril 1897, p. 191. — **Le Roy des Barres.** Du Kraurosis de la vulve. *La Semaine gynécologique*, Paris, 13 avril 1897, p. 114. — **Nicolas Warman.** Zur Ætiologie und forensischen Beurtheilung der Scheidenrupturren sub coitu. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 24, p. 736. — **Resinelli.** Di un tumore cistico della clitoride. *Annali di Ost. e Gin.*, 1897, n° 5, p. 408. — **Sænger.** Residual gonorrhœa. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1897, n° 8, p. 451. — **Stoufis.** Atrésie congénitale du vagin chez une petite fille de 3 ans ; présentation de la malade. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, n° 3, p. 65.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Bœckel.** Traitement des prolapsus génitaux chez les vieilles femmes. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1897, n° 6, p. 61. — **Cittadini.** Association de l'opération d'Alexander aux interventions vaginales conservatrices sur les annexes dans les cas de rétro-déviations fixes, compliquées d'annexite. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, n° 4, p. 69. — **Frantzen.** Zur Frage des Küstner'schen suprasymphysären Kreuzschnittes bei Ventrifixation. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 17, p. 464. — **Gemmel.** Some displacements of the uterus, with indications for their treatment. *The Medical Chronicle.* Manchester, avril 1897, p. 15. — **Gordon (A.).** Shall uterine deviations always be operated upon? *The Philadelphia Polyclinic*, 1897, n° 24, p. 243. — **Greene-Cumston.** The treatment of Endometritis ; abdominal

hysteropexy. *Med. News*, avril 1897, p. 462. — **Ludwig Krause**. Prolapsus uteri completus bei einen neugeborenen Kinde, Spina-bifida. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 16, p. 422. — **Noble (Ch.-P.)**. A contribution to the technique of operations for the cure of laceration of the pelvic foor in women. *The Amer. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 4, p. 423. — **Pernice**. Bemerkungen zu der Operation der Retroflexio uteri nach Alexander-Adam. *Deutsch. medicin. Wochensch.*, 1897, n° 20, p. 20. — **Petit (P.)**. A propos du traitement du prolapsus génital. *La Semaine gynécologique*, février 1897, p. 33. — **Pichevin**. Technique de la colpopérinéorrhaphie de Hegar. *La Semaine gynécologique*, Paris, 13 avril 1897, p. 116. — **Sielski**. Zur Mechanik der normalen und pathologischen Lageveränderungen der Gebärmutter. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 20, p. 577. — **Simoes**. *Des rétro-déviations mobiles : de leur traitement par l'opération d'Alquié-Alexander*. Thèse Paris, 1896-1897, n° 248. — **Stratz**. Zur Retroflexionfrage. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 13, p. 338. — **Wakefield**. The treatment of retrodisplacements of the Uterus. *Med. Record*, juin 1897, p. 876.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS. — **Arnold W. W. Leaa**. A case of tubercular disease of the uterus and appendages, with remarks. *The medical Chronicle*, Manchester, avril 1897, p. 30. — **Consentino**. Endométrite déciduale tubero-poliposa. *Archivio di Ost. e Gin.*, 1897, n° 4, p. 231. — **Dunning**. Membranous dysmenorrhœa. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1897, n° 4, p. 433. — **Johnstone**. Dysmenorrhœa. *Annals of gyn. a. pæd.*, 1897, n° 8, p. 471. — **Haufmann**. Beitrag zur Tuberculose der Cervix uteri. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. 37, H. 1, p. 143. — **Marchesi**. Sclerosi dei vasi dell' utero. *Archivio di Ost. e Ginec.*, février 1897, p. 65. — **Sheldour**. Senile endometritis or senile metritis, avril 1897, p. 295. *Medicine*, Detroit, Mich. — **Sibut**. *Du traitement du syphilome primitif et de l'influence de celui-ci sur le développement utérin de la maladie*. Th. Paris, 1896-97. — **Turgard**. L'allongement hypertrophique du col de l'utérus. *Annales de la Policlin. de Lille*, 1897, n° 3, p. 55. — **Ulesko-Stroganorra**. Ein Fall einer malignen Neubildung, ausgegangen von den Elementen des Zottenüberzuges (Deciduoma malignum autorum). *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 15, p. 585.

TUMEURS UTÉRINES. HYSTÉRECTOMIE. — **Aubeau**. Un nouveau traitement de la cystocèle. Colpo-hystérorrhaphie antérieure. *Bulletin de la Polyclinique de l'hôpital international*, Paris, février 1897. p. 33. — **Beatson**. Treatment of inoperable carcinom of uterus. *The British Gyn. J.*, mai 1897, p. 33. — **Biermer**. Ein Fall von Enukleation eines interstitiellen Myoms bei bestehender Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 20, p. 563. — **Bossi**. Contributo allo studio clinico e anatomico del processo di assorbimento dei fibromiomi uterini. *Archivio di Ost. e. Ginec.*, 1897, n° 4, p. 193. — **Bouilly**. Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus. *La Semaine gynécol.*, 1897, n° 20, p. 154. — **Chadwick (J.)**. case of suppurating fibroïd tumor of the uterus. *The Boston Med. a. Surg. J.*, avril 1897, p. 407. — **Cittadini**. Fibro-myômes de l'utérus compliqués d'abcès utérins et de cancer cavitaire. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1897, n° 3, p. 60. — **Codivilla**. L'isterec-

tomia vaginale nella cura del prolasso genitale. *Annali di Ost. e Ginec.* 1897, p. 282. — **Diriart**. *Traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale*. Thèse Paris, 1896-1897, n° 226. — **Duret**. L'hystérectomie abdominale totale doit-elle être constamment l'opération de choix dans la cure des fibromes utérins. *La Semaine gyn.*, 1897, n° 18, p. 137. — **Fargas (Miguel A.)**. Procedimiento de hysterectomia abdominal en los casos de miomas uterinos. *Anales de obstetrica ginecopatia y pediatria*, avril 1897, p. 97. — **Gannat (J.)**. *De l'hystérotomie médiane antérieure vaginale comme moyen d'extirpation des fibromes sous-muqueux de l'utérus et d'exploration de la cavité utérine*. Th. Paris, 1896-1897, n° 264. — **Gellhorn**. Zur Casuistik der Hornkrebse des Gebarmutterkörpers. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 3, p. 430. — **Goullioud**. Hystérectomie abdominale totale pour fibromes. *Archiv. prov. de chirurgie*, 1er janv. 1897.— **Hall**. Cystic fibroid of the uterus. *Am. J. of Obst*, mai 1897, p. 730. — **Hall**. Large Fibroid of the Uterus which had undergone Cystic Degeneration. *Am. J. of Obst.*, mai 1897, p. 726. — **Haultain**. Electro-negative puncture in the uterine fibro-myomati, a record of three cases. *The Edinburgh med. Journal*, juin 1897, p. 615. — **Janvrin**. Selection of operation in cases of cancer of the cervix uteri a. of the uterus also. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 5, p. 524. — **Jacobs**. Contribution au traitement chirurgical du fibrome utérin. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1897, n° 3, p. 58. — **Jacob von Rosenthal**. Ein Fall von Ausschälung eines submukösen Myoms, Zerreissung der Gebärmutterwand, Köliohysterectomie, Genesung. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 17, p. 458. — **Landau**. Zur Technik der abdominalen Totalexstirpation des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 23, p. 689. — **Lauwers**. Dégénérescences et complications des myômes utérins. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1897, n° 3, p. 49. — **Lauwers**. Résultats immédiats et définitifs de l'hystérectomie abdominale à pédicule rentré. *La Semaine gynéc.*, 1897, n° 22, p. 172. — **Macé**. *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus*. Th. Paris, 1897. — **Mitchell**. Four and a half month fetus in a fibroid uterus. *Am. J. of Obst.*, mai 1897, p. 730. — **Moulonguet**. De l'hystérectomie vaginale. *Archives provinciales de chirurgie*. Paris, 1er mai 1897, p. 273. — **Olshausen**. Carcinom des Uterus und Schwangerschaft. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, T. 37, H., p, 1. — **Ozanne**. Corps fibreux de l'utérus. Urémie comateuse foudroyante. *Sem. gynéc.*, 1897, fig. 185. — **Pryor**. Transperitoneal simultaneous ligation of both internal iliac arteries for recurrence in the cicatrice following vaginal hysterectomy for carcinoma uteri. *The Am. J. of Obst.*, avril 1897, p. 507. — **Pujol**. La grossesse dans l'utérus fibromateux. *Revue intern. de méd. et de chirurgie*, mai 1897, p. 167. — **Purcell**. A fibro-myomatous uterus removed by the combined method, pan-hysterectomy. *The British Gyn. J.*, mai 1897, p. 18. — **Rechner**. *Contribution à l'étude du pincement et de la ligature des artères utérines comme procédé hémostatique et atrophiant dans le traitement des fibromes utérins*, Th. Paris, 1896-96. — **Richardson (M.)**. Cases of malignant adenoma of the uterus, vagina and Rectum ; with remarks upon the surgery of this form of malignant disease. *The Boston med. a. Surg. J.*, avril 1897, p. 406. — **Richelot**. L'hystérectomie abdominale totale contre les fibromes utérins. *Revue de gyn. et de chirurg. abd.*, 1897, n° 2, p. 195. —

Roger Williams. Sarcoma of the uterus. *The British med. J.*, mai 1897, p. 91. — **Schachner**. Two cases of fibroid tumor of the uterus. *Med. News*, juin 1897, p. 833. — **Tansini**. Prolasse uterino di 3° grado Ipertrophia del collo dell' utero. Colpoperineoplastica ed amputatione del collo uterini. *La Riforma medica*. Palerme, 22 mai 1897, p. 524. — **Thésée**. *Contribution à l'étude du décubitus acutus, complication possible dans l'hystérectomie vaginale*. Th. Paris, 1896-97. — **Twombly**. Vaginal myomectomy. *The Boston Med. and Surg. Journal*, 20 mai 1897, p. 477. — **Vitanza**. La estirpazione totale dell' utero per cancro. *Annali di Ost. e Gin.*, 1897, n° 3, p. 233. — **Vitrae**. Deux hystérectomies vagino-abdominales « de nécessité » pour épithélioma primitif du corps de l'utérus. Un cas d'épithélioma primitif à type dur. *Gaz. hebdom. des Soc. méd.*, Bordeaux, 1897, n° 21, p. 219. — **Weller Vay Hoolz**. The consequences of removing the uterus. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 4, p. 405. — **William Duneau**. Eighteen consecutive cases of intra-abdominal. Hysterectomy for fibroïds. *The Lancet*, mai 1897, p. 1323.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Cullingworth**. On pelvic hæmatocele considered from the modern stand point. *Lancet*, 19 june 1897, p. 1662. — **De Vas**. Abcès de l'ovaire. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1897, n° 4, p. 75. — **Ferguson**. A plea for retention of the uterus in removing the Annexa for septic disease. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 4, p. 413 — **Franklin H. Martin**. Plea against hysterectomy when removing the ovaries for septic pelvic disease. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 4, p. 400. — **Henrotin**. When in operating for septic pelvic disease it becomes necessary to remove the ovaries, it is usually advisable to remove the uterus also. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 4, p. 393. — **Lapointe**. Note sur un cas d'ovaro-salpingite bilatérale. *Société Anat.*, Paris, janvier 1897, p. 75. — **Malapert**. Péritonite purulente généralisée; laparotomie, guérison. *Le Poitou médical*, mai 1897, p. 107. — **Méjia (R.)**. *Etude sur un cas de péritonite blennorrhagique*. Th. de Paris, 1896-97, n° 254. — **Montgomery**. Pelvic blood collections and their treatment by vaginal incisions. *Annals of Gyn. a. Pediatry*, 1897, n° 9, p. 521. — **Morgan (J.)** A case of rigth ovarian hernia with twisted pedicle; operation; recovery. *The Lancet*, mai 1897, p. 1340. — **Pichevin**. De l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. *Semaine Gynéc.*, 8 juin 1897. — **Pichevin**. Extirpation des ovaro-salpingites par la voie vaginale. *Semaine Gynécol.*, 13 avril 1897. — **Ronayne**. A report of a suppurating ovarian case : operation and treatment. *The Boston Med. and Surgical Journal*, 20 mai 1897, p. 480. — **Sellman**. Treatment of pus in the pelvis. *The American Journal of Obstetric*. New-York, juin 1897, p. 813. — **Stokes**. Strangulated hernia, a sequel of an ovariatomy performed twenty-seven years previously. *The American Journal of Obstetric*. New-York, juin 1897, p. 784. — **William Carr**. Treatment of acute salpingitis. *The American Journal of Obstetric*. New-York, Juin 1897, n° 779. — **Willis E. Ford**. Pus tubes a. their management. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1897, n° 8, p. 457.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, OVARIOTOMIE. — **Benoit**. *Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme*. Th. Paris, 1897. — **Croom J. Halliday**. On some peculiar relations of abdominal and pelvic tumours. *The Edinburgh Med. Journal*, juin 1897, p. 11. — **Hector Treub**. Appendicite et paramétrite. *Rev. de gynéc. et de chirurg. abdominales*, 1897, nº 2, p. 263. — **Husband**. Porro's operation for suppurating ovarian cyst completely blocking the pelvis. *The British gyn. J.*, mai 1897, p. 22. — **Jacobs**. Sarcome primitif de la trompe. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1897, nº 3, p. 56. — **Ionnescu**. Castratis abdominala totala peutru lesiunile septice utero-annexiale. *Rivista di cirurg.*, 1897, nº 1, p. 1. — **Kahlden**. Le sarcome primitif des trompes. *La Semaine Gyn.*, 1897, nº 26, p. 204. — **Kisseloff (G.)**. *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire* Th. Paris, 1896-1897, nº 233. — **Lapthorm Smith**. Post-operative hemorrhage from slipping of the ligature after removal of diseased tubes and ovaries. *The American Journal of Obstetric*. New-York, juin p. 805. — **Marchesi**. Contributo allo studio della rotazione assiale dei tumori ovarici. *Annali di Ost. e Gin.*, 1897, nº 3, p. 219; nº 5, p. 366. — **Meredith**. Deaths after ovariotomy with remarks on the value of flushing without subsequent drainage of the peritoneal cavity. *The Lancet*, Londres, 5 juin 1897, T. I, p. 1534. — **Mouthon**. *De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1896-1897, nº 255. — **Pozzi** et **Beaussenat**. Contribution à la pathogénie et à l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. *Revue de gyné. et de chirurg. abdominales*, 1897, nº 2, p. 245. — **Raimondi (R.)**. *Les kystes des ligaments larges*. Th. de Paris 1896-1897, nº 231. — **Segond (P.)**. Des tumeurs annexielles bilatérales qu'il convient d'enlever par voie vaginale avec hystérectomie. *Revue de gyn. et de chirurg. abdom.*, 1897, nº 2, p. 205. — **Thumin**. Ueber carcinomatöse Degeneration der Eierstocksdermoide. *Arch. f. Gyn.*, 1897, Bd. LIII Hft. 3, p. 547.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Boldt**. Ectopic gestation. *Med. News*, N.-Y., 1897, I, p. 481. — **Hennecart**. *De la nécessité de l'intervention chirurgicale et des dangers de la non-intervention dans la grossesse extra-utérine*. Th. Paris, 1896-1897.

ORGANES URINAIRES. — **Bloom**. Treatment of cystitis in the female. *The Philadelphia Pollycinic*, mai 1897, p. 212. — **Rose**. Weitere Beobachtungen mit meinem Verfahren bei der Frau den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 21, p. 614. — **Seiffart**. Beitrag zur Ureter Bauchfistell-Frage. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 21, p. 613. — **Walls**. Exfoliating cystitis. *The Lancet*, 1er mai 1897, p. 1209. — **Winter**. Ueber Cystoskopie und Ureterenkatheterismus beim Weibe. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 3, p. 497.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Baldy**. Remarks on drainage following abdominal section. *The American Gyn. a. Obst. J.*, 1897, nº 5, p. 521. — **Chadwick (J.-R.)**. An historical sketch of abdominal surgery. *The Boston med. a. Surg. J.*, mai 1897, p. 429. — **Charles P. Noble**. A New method of suturing the abdominal wall in cœliotomy. *The Am. J. of Obst.*, avril 1897, p. 507. — **Clark**. A critical review of seventeen hundred cases of abdominal section from the

standpoint of intraperitoneal drainage. *The Am. J. of Obst.*, avril 1897, p. 481. — **Defontaine**. Opérations pratiquées par la voie abdominale pour tumeurs et suppurations de l'utérus et des annexes. *Le Centre médical*, 1897, n° 11, p. 202. — **Dietel**. Ueber Erfarhungen mit dem Murphy-Knopf. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 14, p. 361. — **Hahn**. Zur Bauchnaht. *Cent. f. Gyn.*, n° 12, 1897, p. 324. — **Lapthorn Smith**. Shock after abdominal operations and how to prevent it. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, 1897, n° 8, p. 464. — **La Torre (F.)** Quel est le mode de fermeture de l'abdomen qui paraît garantir le mieux contre les abcès, les éventrations et les hernies? *La Gynécologie*, 1897, n° 3, p. 212. — **Lennander**. Ueber intraabdominale tempörare Kompression der Aorta oder eines ihrer grössten Zweige bei gewissen Becken und Bauchoperationen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 17, p. 451. — **Noirot**. *Traitement des fibromes de la paroi abdominale antérieure*. Thèse de Paris, 1897. — **Otto Engstrom**. Ueber Darmslähmung nach operativen Eingriffen in der Bauchhöle. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXXVI, Hft. 3, p. 399. — **Oscar Beuttner**. Ein Fall von Platzen der Bauchwunde nach Laparotomie. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 22, p. 658. — **Russell**. Postoperative emphysema of the abdominal wall. *The Am. J. of Obst.*, avril 1897, p. 517. — **Zweifel**. Ein neues Verfahren bei der Wundnaht *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 19, p. 537.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Ahlfeld**. Weitere Untersuchungen über die physiologischen Vorgänge in der Nachgeburtsperiode. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 3, p. 443. — **Botkowskaia**. *Des occipito-postér eures ; étude statistique*. Th. Paris, 1897. — **Cholmogoroff**. Geburtsverlauf und weitere Beobachtungen nach einer Ventrofixatio uteri. *Cent. f. Gyn*, 1897, n° 14, p. 743. — **Gessner**. Beiträge zur Physiologie der Nachgeburtsperiode. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, T. 37, H. 1, p. 16. — **Hirous**. Selected cases from one hundred consecutive confinements. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 4, p. 437. — **Rubeska**. Uber den Dammschutz bei Entwicklung des nachfolgenden Kopfes. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 19, p. 540.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Bodon**. Ueber einen Fall von Geburt bei Transpositio viscerum totalis, nebst einigen Betrachtungen über die Lage der Gebärmutter. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 20, p. 592. — **Burgio**. Sulle alterazioni istologiche d'ell utero nella involuzione puerperale. *Archivio di obstetrica e ginecol.*, juin 1897, p. 317. — **Consentino**. Sulla questione dello sviluppo e della maturazione del folliculo di Graaf durante la gravidanza. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1897, n° 1, p. 1. — **Gebhard**. Ueber das bacterium Coli commune und seine Bedeutung in der Geburtshülfe. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, T. 37, H. 1 p. 143. — **Goenner**. Sind Faulniskeime im normalen Scheidensekret Schwangerer. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 24, p. 723. — **Gustav Bulius**. Gutartige Wucherungen des Syncytiums. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 23, p. 693. — **Heyse**. Ein Beitrag zur mikroskopischen Anatomie der Ovarien Osteomalacischer. *Arch. f. Gyn.*, t. LIII, p. 321. — **Keiffer**. Recherches sur l'anatomie et la physiologie de l'appareil circulatoire de l'utérus des mammifères. *Bull. de la Soc. belge*

de Gyn. et d'Obst., 1897, nº 4, p. 78. — **Löhlein.** Ueber Achsendrehung des Uterus, besonders des graviden Uterus. *Deutsche medicin. Wochenschr.*, 1897, nº 16, p. 213. — **Marlio.** *Des modifications de la pigmentation de la peau au cours de la grossesse.* Th. Paris, 1896-97. — **Murray R. Milne.** On deflection and rotation of the pregnant and puerperal uterus. *The Edinburgh Med. Journal*, juin 1897, p. 160. — **Richard Frommel.** Beitrag zur Frage der Wachsthumrichtung der Placenta. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXXVI, Hft. 3, p. 489. — **Webster.** The changes in the uterine mucosa during pregnancy and the attached fœtal Structures. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, nº 5, p. 535.

DYSTOCIE. — **Fournier.** Bassins transversalement rétrécis chez les rachitiques. *Le Nord médical*, 1897, nº 64, p. 123. — **Granval.** *Des antéversions et des latéroversions utérines envisagées au point de vue obstétrical.* Th. de Paris, 1897. — **Gummert.** Ein Fall von Schwangerschaft im verkümmerten Nebenhorn. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 23, p. 705. — **Husband.** Porro's operation for suppurating ovarian cyst completely blocking the Pelvis, *The British Gyn. J.*, mai 1897, p. 22. — **Mayoral (A.).** Distocia por espina bifida de origen materno. *Anales de Obst. Ginec. y Pediat.*, juin 1897, p. 161. — **Olshausen.** Carcinom des Uterus und Schwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVII, Hft. 1, p. 1. — **Ostermayer.** Dermoidcyste als Geburtshindernis. Kraniotomie, Incision des Sackes mit Herausnähen desselben, Heilung. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 21, p. 617. — **Pujol.** La grossesse dans l'utérus fibromateux. *Revue intern. de méd. et de chirurgie*, mai 1897, p. 167. — **Saturnino Salcedo.** Etiologia, grado y frecuencia de nuestras viciaciones pelvianias. De la forma y de la naturaleza de los vicios de conformacion mas frecuentes, en los hijos de Argentinos. *La Semana Medica*, 1897, nº 3, p. 37. — **Secheyron.** Des accidents de la grossesse dans les utérus avec petits fibromes. *La Semaine Gynécol.*, 1897, nº 19, p. 145. — **Sorel.** Opération césarienne pour cancer de l'utérus. Enfant vivant ; guérison opératoire. *Archiv. provinciales de chirurgie*, 1er mai 1897, p. 317. — **Stephens.** Dystocia due to hydrocephalus in a primipara. *British med. J.*, mai 1897, p. 1219. — **Wilhelm Jakesch.** Partus bei Uterus bicornis duplex subseptus bicollis cum vagina duplex. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 24, p. 729.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Triaire.** Accouchements gémellaires dystociques. *La Gazette médicale du Centre*, avril 1897, p. 58.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Ayers (Edward-A.).** A case of tubo-abdominal pregnancy, with delivery of a living fetus at the seventh month. *Med. News*, avril 1897, p. 492. — **Black.** Appendicitis complicating extra-uterine pregnancy. *Annals of Gyn. a. Pediatry*, 1897, nº 9, p. 525. — **Boldt (H.-J.).** Ectopic gestation. *Med. News*, N.-Y., 1897, I, 481. — **Gillis.** Grossesse ectopique, fœtus en décomposition, élytrotomie. *Annales de la Société belge de chirurgie*, 15 juin 1897, p. 67. — **Hennecart.** *De la nécessité de l'intervention chirurgicale et des dangers de la non intervention dans la grossese extra-utérine.* Th. de Paris, 1896-97. — **James Ross.** Three cases of ectopic gestation. *The Amecan Journal of Obstetrics*, New-York, juin 1897, p. 795. — **Longyear.** Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Annals of gynecology*

and pediatry, Boston, avril 1897, p. 387. — **Nodet**. Un cas d'élythrotomie pour une grossesse extra-utérine avant le cinquième mois. *Archives provinciales de chirurgie*, Paris, 1er mai 1897, p. 299. — **Paquy**. *Des grossesses développées dans les trompes saines*. Th. Paris, 1897. — **Prewitt**. Extra-uterine pregnancy occuring twice in the same Fallopian tube. *Med. News*, juin 1897, p. 831. — **Purcell**. A case of ectopic gestation with tubal rupture. *The British med. J.*, mai 1897, p. 32. — **Rieppi**. Sopra due casi di gravidanza extra-uterina. *Annali di Ost. e Gin.*, 1897, n° 5, p. 398. — **Thiébaut**. Grossesse extra-utérine. Abcès de l'ovaire. Résection intestinale; guérison. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1897, n° 3, p. 64.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Ahlfeld**. Zerreissung der Nabelschnur eines reifen Kindes während der Geburt. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXXVI, Hft. 3, p. 467. — **Ardouin**. Double pied bot congénital chez un fœtus à terme. *Soc. Anatom.*, Paris, janvier 1897, p. 52. — **Audebert**. Pansement du cordon. *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1897, n° 36, p. 421. — **Bolster (F.)**. An anencephalous monster. *British med. J.*, mai 1897, p. 1347. — **Campbell (J.)**. Successful removal of ca ystic abdominal tumour from a child aged seven months. *British. med. J.*, 1897, mai, p. 1217. — **Carl Hochsinger**. Zur Kenntniss des nasalen Ursprunges der Melæna neonatorum. *Wiener Mediz. Presse*, 1897, n° 18, p. 558. — **Constans**. *Contribution à l'étude des principaux moyens destinés à évaluer le volume du fœtus dans la cavité utérine*. Th. Paris, 1896-97. — **Delanglade**. Note sur un cas de malformations multiples chez un nouveau-né. *Gazette hebdomad. de méd. et de chirurgie*, 1897, n° 34, p. 397. — **Elliot**. Congenital dislocation of hip joint. *The Medical Record*, Philadelphia, 29 mai 1897, p. 757. — **Giglio**. Mostri anencefali e derencefali. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1897, p. 328. — **Harrisson**. Stillbirth. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, juin 1897, p. 799. — **Heubner**. Ueber Säuglingsernahrung und Saüglingsspitaler. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1897, n° 21, p. 421. — **Knapp**. Aceton in Harn Schwangerer und Gebarender as Zeichen des intra-uterinen Fruchttodtes. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 16, p. 417. — **Laporte**. *Etude sur le traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis*. Th. Paris, 1896-97. — **Launay**. Deux cas de hernie inguinale congénitale de l'ovaire et de la trompe. *Soc. Anatom.*, Paris, janvier 1897, p. 78. — **Legueu**. Hernie congénitale de l'utérus et des annexes. *La Semaine gynécologique*, 1897, n° 18, p. 139. — **Milon**. *Contribution à l'étude de l'ictère chez les nouveau-nés syphilitiques*. Th. Paris, 1896-97. — **Oehlschlæger**. Noch einmal : zur Wiederbelebung Neugeborener. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 19, p. 545. — **Parquet**. *Contribution à l'étude de la mort subite et de la mort rapide dans les suites de couches*. Th. Paris, 1897. — **Portellani**. L'ectropion congenito e l'erosione congenita di Fischel. *Annali di Ost. e Gin.*, 1897, n° 3, p. 201. — **Winslow**. A case of congenital malaria. *The Boston medical and surgical Journal*, mai 1897, p. 513.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Audebert**. Parallèle entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie dans les bassins rétrécis de 8 cent. 1/2 à 9 cent. 1/2. *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, avril 1897, p. 169, 210, 219. — **Bleynie**. Quelques remar-

ques sur la symphyséotomie à propos de cinq opérations pratiquées à la Maternité de Limoges. *Limousin Médical*, mai 1897, p. 66. — **Casiccia.** Della dilatazione artificiale dell collo uterino specialmente nella provocazione del parto prematuro. *Pammatone*, 1897, nᵒˢ 1-2, p. 49. — **Engel (G.).** Die Zangengeburt in der Privatpraxis. *Wiener Mediz. Presse*, 1897, nº 21, p. 658, nº 22, p. 690. — **Fritsch.** Ein neuer Schnitt bei der Sectio cæsarea. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 20, p. 261. — **Herff.** Die Zertrümmerung des Schultergürtels (Kleidotomie) bei der Entwickelung des nachfolgenden Kopfes. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII, Hft. 3, p. 512. — **Reynolds Wilson.** Report of a Cæsarean section. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, nº 5, p. 531.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Abel.** Ueber Abort behandlung. *Berl. klinische Wochensch.*, 1897, nº 14, p. 298. — **Barton Cooke.** Cases of puerperal sepsis in wich the antistreptococcic serum was employed. *Am. J. of Obst.*, mai 1897, p. 625. — **Baumgarten.** *De l'influence du toucher vaginal et rectal sur la production de l'infection puerpérale.* Th. Paris, 1896-97. — **Blandeau.** *Albuminurie des multipares.* Th. Paris, 1897. — **Chason.** Puerperal septicemia : its cause a. treatment. *Annals of Gyn. a. Pediat.*, 1897, nº 9, p. 533. — **Collins H. Johnston.** Puerperal eclampsia. *Annals of Gyn. a. Pediat.*, 1897, nº 9, p. 544. — **Davis (E. P.).** Nausea a. vomiting of pregnancy with report of cases. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, nº 4, p. 449. — **Dodge.** Embryonic miscarriage. *Annals of Gyn. a. Pediat.*, 1897, nº 9, p. 538. — **Doléris.** Traitement de l'avortement incomplet. *La Semaine Gynécolog.*, 1897, nº 20, p. 153. — **Doléris** et **Lenoble.** Rupture de la cloison recto-vaginale consécutive à la pression exercée par la tête fœtale chez une primipare à tissus peu résistants. *La Gynécologie*, Paris, 15 avril 1897, p. 134. — **Dubrisay** et **Thoyer-Rozat.** Infection puerpérale. Phlegmatia. Mort par embolie pulmonaire. *Bullet. Soc. Anat.*, Paris, janvier 1897, p. 36. — **Edward P. Davis.** A marked result in the treatment of puerperal sepsis obtained by the use of serum; also, the failures of the same method of treatment. *Am. J. of Obst.*, mai 1897, p. 642. — **Emanuel.** Ueber Endometritis in der Schwangerschaft und deren Ætiologie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 3, p. 383. — **Forman.** *Contribution à l'étude de l'expulsion de l'œuf en bloc dans le dernier trimestre de la grossesse.* Th. Paris, 1897. — **Frascani.** Ruttura completa dell' utero. *Annali di Ost. e Gin.*, 1897, nº 5, p. 353. — **Harrison (G. T.).** A case of inversio uteri port-partum with remarks upon the ætiology of puerperal inversio of the uterus. *The. Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, nº 5, p. 54 — **Henrotay.** Grossesse isthmique rompue. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, nº 3, p. 45. — **Herzfeld.** Die Eklampsie als geburtshilfliche Indication. *Wien. Medizin. Presse*, avril 1897, p. 422. — **Heydrich.** Ein Fall von Uterusruptur. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 20, p. 589. — **Jacob (P).** Ueber einen geheilten Fall von Tetanus puerperalis nebst Bemerkungen über das Tetanusgift. *Deutsch Medicin. Wochensch.*, 1897, nº 24, p. 383. — **Kollmann.** Zur Ætiologie und Therapie der Eklampsie. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 13, p. 341. — **Max Schind.** Eklampsie bei Mutter und Kind. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 22, p. 821. — **Mitchell.** Four and half month fœtus in a fibroid uterus. *Am. J. of Obst.*,

mai 1897, p. 730. — **Otto v. Herff.** Historische Bemerkung zur Entwicklungslehre von der Placenta prævia totalis. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 22, p. 649. — **Otto v. Weiss.** Zur Kasuistik der Placenta prævia-centralis. *Cent. f. Gynæk.*, 1897, nº 22, p. 641. — **Ouvry.** *Étude sur la môle hydatiforme.* Th. Paris, 1896-1897, nº 194. — **Pée.** Uterusruptur. *Cent. f. Gyn.*, nº 12, 1897, p. 326. — **Pozzi (A.).** Sull'etiologia e terapia del vomito incoercibile nelle gravide. *Archivio di Ost. e Gyn.*, mai 1897, p. 257. — **Richard C. Norris.** A case of puerperal sepsis successfully treated with antistreptococcic serum. *Am. J. of Obst.*, mai 1897, p. 629. — **Rivron.** *De la rupture du sinus circulaire*, Th. de Paris, 1897. — **Robert Murray.** Syphilis in pregnancy. *Med. News*, juin 1897, p. 825. — **Schœffer.** Pruritus, vaginismus, einseitige ovarie und Hyperemesis gravidarum bei derselben Pat. in verschiedenen Lebensepochen. *Cent. f. Gyn.*, nº 12, 1897, p. 313. — **Shober.** A case of eclampsia successfully treated with large doses of veratrum viride. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, juin 1897, p. 788. — **Shœmaker.** Septicemia from self-induced abortion. *Am. J. of Obst.*, mai 1897, p. 637. — **Walter Edmunds.** A case of puerperal septicæmia treated by antistreptococcus serum. *The Am. J. of the med. Sc.*, avril 1897, p. 424.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Amilliet.** *Traitement de l'anémie consécutive aux hémorrhagies puerpérales par les injections d'eau salée.* Th. Paris, 1896-1897. — **Braun-Fernwald** et **Hübl.** Zur Frage über die Verwendung der Asepsis u. Antisepsis in Geburtshilfe. *Arch. f. Gyn.* 1897, Bd. LIII, Hft. 3, p. 477. — **Fanton d'Andon.** *Etude sur l'emploi en Amérique du « veratrum viride » dans le traitement de l'éclampsie puerpérale.* Th. Paris, 1896-1897. — **Gordon (A.).** Intravenous injections of artificial serum in puerperal hemorrhages. *Annals of Gynæcology and pædiatry*, Boston, avril 1897, p. 421. — **Miranda.** Antisepsi ed asepsi in ostetricia. *Archivio di Ostet. e Gynec.*, 1897, nº 1, p. 12; nº 2, p. 103; nº 3, p. 143. — **More Madden (Th.).** A plea for the larger use of ergot in obstetrics. *The Lancet*, mai 1897, p. 1462.

VARIA. — **Boland.** Some things i was not taught in Ostetrics. *The Boston Med. a. Surg. d.*, 1897, nº 11, p. 254. — **Clarence King.** Practical ostetric Nursing. *Med. News*, avril 1897, p. 522. — **Cœ (H. C.).** Shock in ostetric surgery. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, nº 8 p. 441. — **Hermann W. Freund.** Eine Mastitis-Epidemie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVI, Hft. 3, p. 473. — **Sarwez.** Ueber wissenschaftlich verwerthbare Temperatur-bestimmungen in Wochenbett. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 15, p. 396. — **Tarnier.** Rapports des névroses (hystérie, épilepsie, chorée) avec la grossesse et l'accouchement. *Presse médicale*, 1897, nº 29, p. 161. — **Woldemar Grigorieff.** Die Schwangerschaft bei der Transplantation der Eierstöcke. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 22, p. 663.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Août 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

CINQ OBSERVATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE PAR INSERTION BASSE DU PLACENTA

Par le Dr G. Fieux,
Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Bordeaux.

Observation I. — Jeanne L..., 25 ans, réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, a déjà eu une grossesse à l'âge de 21 ans. Cette grossesse s'est terminée par un accouchement spontané à terme, donnant le jour à un garçon aujourd'hui bien portant.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 1er au 3 avril. Perçoit les premiers mouvements actifs de son enfant à la fin du mois d'août.

Le 29 janvier, elle arrive à la Maternité à 10 heures du matin, ayant commencé à ressentir les premières douleurs vers 6 heures à peu près. Mais depuis une heure elle perd du sang en assez grande quantité ; elle a souillé tous les coussins de la voiture, ses vêtements sont largement tachés. Le col est effacé, l'orifice dilaté comme cinq francs. Les membranes sont intactes. La tête, mobile au détroit supérieur, est en position occipito-gauche transversale. Une anse de cordon flotte entre la tête et les membranes.

L'enfant est vivant. Un ballon de Champetier est introduit facilement et gonflé à 350 grammes. Arrêt immédiat de l'hémorrhagie.

Une heure après le ballon est toujours bien en place, la dilatation comme la paume de la main, l'hémorrhagie reprend, mais plus faible qu'auparavant.

Les bords de l'orifice sont souples. Ablation du ballon et rupture des membranes. Une grande quantité de liquide amniotique s'écoule et le cordon nous tombe dans la main. Introduction rapide de la main dans la cavité utérine. Version podalique.

Enfant vivant du sexe masculin. Poids 3,270 gr. Le placenta se décolle presque aussitôt, se présente par son bord. Mensuration des membranes : 6–36.

Pas d'hémorrhagie de la délivrance. Suites de couches normales.

Observation II. — Louise B..., 22 ans, toujours bien portante, bien réglée depuis l'âge de 15 ans, est enceinte pour la première fois. Ses dernières règles se sont montrées du 14 au 18 juin. Rien de particulier pendant la grossesse.

Le 18 mars, à 1 heure du soir, cette femme se présente à la Maternité, souffrant depuis le matin 7 heures. Quelques instants avant son arrivée, elle a commencé à perdre du sang. Pendant qu'on fait la toilette des organes génitaux avant de procéder à son examen, l'hémorrhagie devient abondante.

L'utérus remonte à 34 centimètres au-dessus du pubis. L'orifice de dilatation est comme une pièce de deux francs. La tête bien fléchie est encore mobilisable en position occipito-gauche postérieure. On n'atteint pas le placenta. Les membranes, rugueuses et très résistantes, sont rupturées artificiellement, pendant qu'un aide maintient la tête au détroit supérieur. Écoulement de 150 grammes environ de liquide amniotique. La tête se coiffe du segment inférieur. Arrêt immédiat de l'hémorrhagie, qui ne reparaît plus jusqu'à la fin de l'accouchement.

La dilatation se fait régulièrement, est complète à 3 heures du soir, et à 3 heures et demie expulsion spontanée d'un enfant vivant du sexe masculin, pesant 2,625 grammes.

Le placenta se présente par le bord. Délivrance naturelle. Mensuration des membranes 8–28.

Suites de couches physiologiques.

Observation III. — Mme T..., 19 ans, se trouve le 18 juillet à la fin du septième mois de sa première grossesse. Jouissant d'une bonne santé, bien qu'un peu délicate, elle est bien réglée depuis l'âge de 13 ans. Les dernières règles se sont montrées du 7 au 10 janvier. Vers le milieu du mois de mai, premiers mouvements actifs du fœtus. La grossesse marche très régulièrement.

Le 18 juillet, à 5 heures du soir, alors que cette dame lisait, sans qu'elle ressentît aucune douleur et sans qu'elle se fût livrée précédem-

ment à aucune fatigue, se déclare une hémorrhagie qui devient bientôt inquiétante.

Une sage-femme appelée pratique un tamponnement très serré, parait-il. A 6 heures et demie le tampon est traversé ; le sang coule toujours. Un médecin enlève le premier tampon et pratique un deuxième tamponnement. La cavité vaginale est bourrée avec de l'ouate hydrophile. Cette opération est excessivement pénible pour la malade.

A 8 heures les contractions, qui s'étaient déjà fait sentir une heure auparavant, sont plus accentuées, mais la malade a des tendances à la syncope. Elle est pâle et très altérée. Le sang coule toujours.

Nous arrivons auprès d'elle à 8 heures et demie. Sur le seuil de la maison, nous trouvons la sage-femme affolée. Pour elle, la malade est morte. Elle vient d'avertir la famille que tout était perdu. Nous trouvons, en effet, la malade presque sans connaissance, d'une pâleur de cire. Le pouls est à peine perceptible, incomptable. Le tampon est complètement imbibé et un petit filet de sang coule hors de la vulve.

Aussitôt, ablation du tampon. Le doigt introduit dans le vagin trouve le col effacé, l'orifice à bords dilatés comme une pièce de un franc, très peu souple. Au-dessus une masse rugueuse, molle, de consistance spongieuse, qui n'est autre que le placenta. Le doigt cherche alors à s'orienter pour trouver le bord placentaire et rompre les membranes. L'exiguïté de l'orifice empêche d'arriver jusqu'à elles ; il ne peut que décoller le placenta sur une étendue circulaire assez limitée. Nous prenons alors le parti d'ouvrir l'œuf en traversant la masse placentaire. Tout le gâteau villeux est perforé facilement, mais le chorion et l'amnios surtout opposent une certaine résistance qui est néanmoins assez rapidement surmontée. 200 grammes à peu près de liquide amniotique s'écoulent. La tête est au-dessus du segment inférieur.

L'hémorrhagie est arrêtée comme si l'on avait fermé un robinet.

Après avoir été ainsi au plus pressé, nous constatons que l'enfant ne donne plus signe de vie. Injection hypodermique de caféine à la mère. Nous n'avons pas de sérum artificiel. Grand lavement salé.

L'état général de la mère n'est déjà plus inquiétant comme tout à l'heure. Le pouls est un peu remonté. Les contractions sont faibles et espacées.

De 8 h. 1/2 à 10 heures, c'est-à-dire pendant une heure et demie, pas une goutte de sang ne s'écoule. A 10 heures, l'hémorrhagie reprend faiblement. La femme est si affaiblie qu'une nouvelle perte peut lui être

funeste. L'enfant est mort. Autant vaut l'utiliser comme tampon. Deux doigts sont introduits dans l'orifice juste assez dilaté pour les recevoir. Version bipolaire. Nous arrivons à accrocher un pied. Il est abaissé dans le vagin et maintenu ; le siège appuie bien sur le segment inférieur.

L'écoulement s'arrête aussitôt pour ne plus reparaître jusqu'à la fin de l'accouchement.

L'orifice s'entr'ouvre peu à peu, et à 10 h. 45 extraction facile d'un enfant mort et non macéré, du sexe féminin.

Nous croyons prudent d'aller immédiatement à la recherche du délivre ; mais il est déjà presque totalement décollé. Pas d'hémorrhagie. Injection intra-utérine. Tamponnement vaginal lâche à la gaze iodoformée.

A 11 h. 1/2 nous quittons la malade dans un état satisfaisant. Elle est néanmoins pâle et faible. Pouls 104. Pendant les deux premiers jours la température monte le soir à 38°,4 et 38°,7. Le soir du 3e jour, 39°,4. Des injections intra-utérines biquotidiennes ont été administrées. Le 22, commencement du 4e jour, curettage qui ramène quelques débris placentaires très adhérents sur tout le pourtour du segment inférieur.

La température tombe progressivement, et à partir du 7e jour, le thermomètre ne s'élève pas au delà de 37°,6. L'état général est maintenant excellent.

Le 19e jour, dyspnée brusque accompagnée d'une légère élévation de température, 38°. Rien à l'auscultation. Rien de suspect du côté des membres inférieurs.

Le 21e et le 22e jour, toux quinteuse accompagnée à certains moments d'accès dyspnéiques. Pas de crachats hémoptoïques. Encore rien aux membres inférieurs.

Le thermomètre oscille entre 38°,2 et 38°,6.

Nous recommandons vivement à la malade de ne pas bouger de son lit. Malgré notre défense, le lendemain matin, elle se lève pour faire ses besoins ; mais en remontant au lit elle ressent une vive douleur dans la jambe gauche.

La douleur persiste, le membre est lourd, sensation de fourmillements dans le haut de la cuisse. Phlébite de la saphène interne.

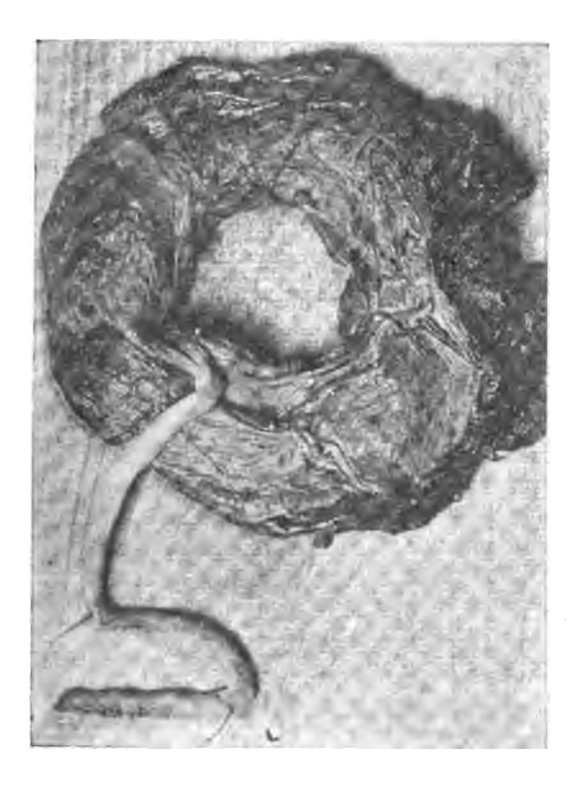
Membre élevé sur un coussin. Compresses imbibées de chlorhydrate d'ammoniaque, selon le procédé du professeur Pinard.

Douze jours après le début de ces accidents, l'œdème a disparu, le

membre n'est plus douloureux, l'induration de la saphène interne n'est plus perceptible.

La malade se lève cinquante-deux jours après l'accouchement. Elle est parfaitement rétablie.

Quant à ce qui concerne le placenta, nous n'en avons rien dit tout



à l'heure, l'ayant emporté pour l'examiner plus à l'aise. Poids 310 grammes.

Les membranes étaient intactes. Le gâteau placentaire, assez régulièrement circulaire, mesurait 18 centimètres de diamètre. Presque au centre, une large ouverture de 6 centimètres de diamètre nous indiquait par où avait passé le doigt pour ouvrir l'œuf et par où avait été extrait le fœtus.

Le cordon s'insérait juste sur le bord de l'orifice.

Les bords de celui-ci et ceux du placenta ne sont pas bien parallèles.

L'orifice n'est pas tout à fait central. En effet, d'un côté le bord du placenta est distant du bord de l'orifice de 8 centimètres ; d'un autre côté la distance est de 5 centimètres seulement. (Voir la figure d'après photographie.)

Nous regrettons de n'avoir pu nous rendre compte de la structure du tissu placentaire au niveau de la perforation ; mais du côté de la face utérine, la dilacération était telle que l'examen n'eût pas été sans être entaché d'erreur.

Tout ce que nous pouvons dire c'est qu'au niveau de la perforation, l'épaisseur de la masse placentaire était de 14 millimètres. Elle était de 35 millimètres entre la perforation et le bord du placenta.

Observation IV. — Marie D..., 40 ans, ne présente dans son casier pathologique que la fièvre scarlatine et la rougeole qu'elle aurait eues à 6 et 10 ans.

Réglée depuis l'âge de 15 ans, ses menstruations ont toujours été régulières.

Trois grossesses, en 1877, 1890 et 1895, se sont normalement et spontanément terminées par des accouchements à terme. Pas de complications, soit pendant le travail, soit pendant les suites de couches.

Depuis cette dernière grossesse, les règles se montrent régulières comme auparavant et apparaissent pour la dernière fois du 11 au 16 août 1896. — Marie D... est enceinte pour la quatrième fois. En janvier elle commence à sentir remuer son enfant. Puis la grossesse suit son cours sans rien présenter d'anormal jusqu'au 30 avril. Ce jour-là, à quatre heures du matin, étant encore au lit, sans la moindre douleur, elle perd une grande quantité de sang. Effrayée, elle se fait transporter à l'hôpital, où elle arrive à sept heures. La sage-femme qui l'examine trouve le col perméable, mais non effacé. L'auscultation est négative. Tamponnement serré à la gaze iodoformée.

A huit heures, à notre arrivée dans le service, nous trouvons la malade d'une pâleur excessive. L'utérus remonte à 26 centimètres au-dessus du pubis. Le fœtus, qui paraît petit, se présente par le sommet mobile au détroit supérieur, dos à droite et en arrière. Une auscultation attentive ne permet pas de déceler le moindre bruit fœtal. Le tampon, placé une heure auparavant, n'est qu'une éponge gorgée de sang ; un petit filet rouge coule hors de la vulve. Aussitôt, ablation du tampon inefficace et grand lavage vaginal chaud. Le doigt trouve le col non effacé, mais très mou et assez dilatable. Au-dessus de l'orifice interne, le placenta qui semble se prolonger en arrière et à gauche. En effet. en dirigeant l'index en avant, vers le pubis, il nous est possible

d'atteindre les membranes et de les rupturer largement. En même temps, le cordon nous tombe dans les doigts. Il n'est le siège d'aucun battement perceptible.

L'hémorrhagie est complètement arrêtée. L'enfant ne donnant plus signe de vie, au lieu d'introduire un ballon de Champetier pour maintenir le cordon, nous essayons de pratiquer la version podalique, afin d'avoir à notre disposition un tampon interne que nous pourrons manier à notre guise dans le cas où l'hémorrhagie se montrerait à nouveau. Bien que nous puissions introduire seulement deux doigts dans la cavité utérine, avec l'aide de la main gauche, qui par l'abdomen abaisse les petits membres, il nous est facile de saisir un pied.

Tout en faisant ces manœuvres, nous constatons que le col se laisse dilater de plus en plus facilement. Au bout de trois minutes, la main entière peut pénétrer ; aussi, autant pour la mère que pour l'enfant sur l'état duquel nous avons de grosses inquiétudes, terminons-nous l'accouchement.

L'extraction tête dernière se fait rapidement, mais le placenta commence à sortir en même temps que le tronc, ce qui fait qu'après l'accouchement celui-ci est en partie hors des voies génitales, en partie adhérent sur le segment inférieur.

L'enfant est flasque et d'un blanc cireux. L'insufflation au stéthoscope le ranime au bout d'une dizaine de minutes. C'est un enfant du sexe masculin, pesant 1,990 grammes.

La main achève le décollement de la partie encore adhérente du placenta. Pas d'hémorrhagie. Injection intra-utérine. Le placenta pèse 380 grammes.

Les suites de couches sont absolument physiologiques. L'enfant, malgré l'état précaire dans lequel il est venu au monde, ne demande qu'à vivre. Il tette sa mère avec beaucoup d'entrain, et pèse 2,390 gr. lors de son départ, c'est-à-dire le 21 janvier.

Voici en dernier lieu une observation des plus instructives, bien que la nature seule ait fait les frais du traitement.

Obs. V (*recueillie à la Maternité*). — Jeanne L..., 28 ans, bien portante et bien réglée, a accouché naturellement et à terme d'un enfant vivant au mois d'octobre 1895. Elle allaite son enfant, puis prend un nourrisson au mois de novembre 1896.

A la fin du mois de janvier 1897 elle perd un peu de sang, sans souffrir. Elle ne s'en préoccupe nullement, continue à allaiter, mais bientôt voit son lait diminuer sensiblement.

Dans le courant de février se montrent encore de petites hémorrhagies peu inquiétantes. C'est tantôt un peu de sang liquide, tantôt quelques petits caillots qui apparaissent soit tous les jours, soit tous les deux ou trois jours. Ceci continue à se produire dans le mois de mars, et à la fin de ce mois, Jeanne L..., constatant que son ventre a grossi, pense qu'elle pourrait être enceinte. Une sage-femme et un médecin, consultés à cette époque, n'affirment pas la grossesse.

En avril, le suintement persiste comme auparavant, et le 15 de ce mois, le ventre, qui avait toujours continué à grossir, atteignait, *au dire de la malade*, le volume de celui d'une femme enceinte de 7 mois.

Le 20, se déclare une hémorrhagie grave pendant laquelle la malade éprouve une syncope.

Tandis qu'elle perdait ainsi abondamment, toujours sans éprouver de douleur, elle sent tout d'un coup comme quelque chose qui se déclare, elle voit s'écouler un flot de liquide incolore, d'odeur fade et n'empesant pas le linge. Aussitôt son ventre baisse d'une façon sensible et l'hémorrhagie s'arrête.

À partir de ce jour, Jeanne L... ne perd pas une goutte de sang. Seulement, du moment où elle se lève elle sent s'écouler un peu d'eau.

Le 28, elle se rend à la Maternité. L'utérus souple a son fond à 16 centimètres au-dessus du pubis. On sent très confusément un fœtus mou, dont la tête occupe le fond de l'organe. L'auscultation est négative.

Pas de modification du col indiquant un début de travail. Un peu de liquide sans odeur s'écoule pendant l'examen. Le doigt, au niveau du segment inférieur, ne rencontre rien qui ressemble au placenta ; néanmoins, d'après les commémoratifs on ne peut que penser à une insertion basse du placenta, avec mort probable du produit de conception.

La femme est tenue au repos, en observation. Pendant les 8 premiers jours l'utérus baisse un peu, le palper est toujours aussi confus, l'auscultation toujours négative. Mais le 10 mai, il semble que l'utérus ait un peu remonté. Son fond est en effet à 20 centimètres du pubis. Le 15, il remonte à 22 centimètres, et le stéthoscope permet d'entendre faiblement, mais d'une façon non douteuse, les bruits du cœur fœtal. Le 20 mai, le fond est à 23 centimètres au-dessus du pubis, des chocs fœtaux sont perçus par la mère et par la main qui palpe.

Quand on pratique le toucher, il se fait toujours un léger suintement de liquide incolore.

Le 23, la malade, voyant que rien de nouveau ne survient dans son état, veut à toute force quitter le service.

Autant qu'on peut le supposer, la grossesse est à la fin du 6e mois, ou au commencement du 7e.

Rien de particulier pendant la fin du mois de mai, ni dans le courant de juin. Elle fait son ménage sans fatigue, constate que son ventre augmente régulièrement de volume, perçoit les mouvements de son enfant et ne perd pas une goutte de sang.

Le 30 juin, apparaissent des contractions douloureuses, et au bout de 8 heures environ Jeanne L... met au monde, sans incident, un enfant vivant, ayant l'aspect et les dimensions d'un enfant de huit mois à peu près.

Délivrance naturelle. Ouverture de l'œuf au ras du bord du placenta.

Malheureusement, nous n'avons eu sous les yeux ni l'enfant ni le délivre. Ces derniers détails nous ont été fournis par intermédiaire et d'après le médecin qui, à la campagne, avait assisté à l'accouchement.

Si nous groupons ces quelques observations, c'est pour montrer une fois de plus la valeur thérapeutique de la rupture de l'œuf dans les hémorrhagies liées à l'insertion basse du placenta.

Dans l'observation I, nous n'avons pas cru devoir d'emblée rupturer les membranes, à cause de la présence du cordon au-devant de la tête. C'est alors que nous avons eu recours au ballon de Champetier. M. Pinard, M. Jauve, notre ami M. Oui ont insisté sur les services que pouvait rendre cet instrument en de telles occasions. Et de fait, nous avons pu ainsi attendre que la dilatation fût assez avancée. Mais, malgré la présence du ballon, l'hémorrhagie a eu une légère reprise qui nous a déterminé à rompre largement les membranes et à terminer presque aussitôt l'accouchement par version podalique.

Dans l'observation II, la déchirure des membranes a mis fin aussitôt à l'hémorrhagie qui devenait inquiétante. Peu après, l'accouchement se terminait de lui-même sans reprise de l'hémorrhagie.

Donc, dans ces deux observations, ballon de Champetier et rupture des membranes nous ont donné deux enfants vivants. Les suites de couches ont été absolument physiologiques.

L'observation III est encore plus démonstrative. Malgré deux tamponnements successifs très serrés et très pénibles pour la malade, l'hémorrhagie a continué de telle sorte que la femme a été un moment considérée comme perdue et que l'enfant a succombé.

Ces deux tamponnements, outre qu'ils ont été inefficaces et très douloureux, ont été aussi, la chose n'est pas douteuse, la source des accidents infectieux qui heureusement ont pu être conjurés. Ici encore l'ouverture de l'œuf a arrêté l'hémorrhagie d'une façon brusque, bien qu'elle ait été pratiquée à travers le placenta. Elle nous a en outre permis, lorsque, une heure et demie après, quelques gouttes de sang ont apparu, d'utiliser le fœtus comme tampon interne.

Il est plus que probable que si la rupture de l'œuf avait été pratiquée au début, c'est non seulement la vie de la mère, mais encore celle de l'enfant que le procédé nous aurait permis de sauvegarder.

Dans l'observation IV, après un tamponnement encore inefficace, la rupture des membranes a arrêté l'hémorrhagie, c'est-à-dire a immédiatement soustrait la mère au danger. Cette méthode, qui permet de suivre pas à pas les modifications qui se passent du côté de l'utérus, nous a donné en outre le moyen de sauver l'enfant, grâce à une intervention hâtive.

Que serait-il advenu si au premier tamponnement vaginal nous en avions substitué un second ? Pour la mère, il est permis de rester dans le doute, mais pour l'enfant il est absolument certain qu'un procédé qui nous eût masqué la dilatation rapidement progressive de l'orifice, eût infailliblement amené sa mort.

Certains auteurs pensent que la présence du placenta recouvrant l'orifice est une contre-indication à la rupture, et que cette modalité de l'insertion basse n'est forcément justiciable que du tamponnement vaginal.

Tout dernièrement encore, M. Bonnaire disait : « Alors que la méthode de Puzos trouve son indication *dans les variétés relativement peu graves de placenta latéral* ou *marginal*, le tamponnement est habituellement réservé *soit aux cas où la*

rupture des membranes a été inefficace, soit à ceux où le placenta recouvre le col. Pour beaucoup d'accoucheurs *ce dernier traitement constitue la suprême ressource* pour les cas où la femme en est arrivée à un degré d'anémie telle qu'elle n'a plus, selon toute évidence, une goutte de sang à perdre sans risquer la mort. »

Or, sans craindre de tomber dans l'erreur, nous pouvons retourner les termes de cette proposition. Mais tout d'abord, qu'il nous soit permis de souligner dans ce passage une confusion. qui, nous semblait-il, ne devait plus être commise aujourd'hui. c'est que la méthode de Puzos était essentiellement différente du procédé de M. Pinard. Puzos, dans son mémoire, dit qu'il emprunte quelque chose à l'accouchement forcé, et de fait il pratique d'abord la dilatation graduelle du col avec un ou plusieurs doigts. Lorsque celle-ci est suffisante, il rompt la poche des eaux à seule fin d'activer les douleurs et de faire comprimer le segment inférieur par la partie fœtale.

Le procédé de la rupture large des membranes. sans manœuvre préalable, est assez connu pour que nous nous passions d'insister sur les différences qui le séparent du procédé de Puzos.

A l'encontre de ce que nous trouvons dans le passage de M. Bonnaire, et nous en avons une preuve, ajoutée à bien d'autres, dans nos observations III et IV, l'ouverture provoquée de l'œuf *constitue une suprême ressource* dans les cas où le tampon, masquant ou non l'hémorrhagie, laissait mourir la mère et l'enfant, ou tout au moins ce dernier. L'ouverture large de l'œuf est précieuse dans les cas *graves*, même *lorsque l'orifice utérin est recouvert par le placenta.*

Dans tous les cas elle se prêtera mieux que le tamponnement à l'accouchement méthodiquement rapide qui *quelquefois* pourra être nécessaire.

Je dis quelquefois, car pourquoi toujours se presser ? Pourquoi rechercher toujours au plus tôt la déplétion de l'utérus?

La rupture des membranes arrêtant le plus souvent l'hémorrhagie, en supprimant la cause même du décollement placen-

taire, pourra, à l'encontre de toutes les autres méthodes, et c'est précisément ce qui la fait bien distinguer de celle de Puzos, laisser quelquefois évoluer la grossesse jusqu'à ce que l'enfant soit viable, ou même à terme.

Nous en avons un exemple très remarquable dans la dernière observation que nous venons d'exposer.

Femme enceinte de 5 à 6 mois, en butte depuis plus de deux mois à des hémorrhagies silencieuses, répétées, devenant graves. Les membranes se rupturent spontanément. Arrêt immédiat des hémorrhagies. *Persistance de la grossesse pendant 70 jours.*

Accouchement sans incident d'un enfant viable.

Cette leçon donnée par la nature fait évidemment réfléchir, et l'accoucheur ne devrait-il pas essayer de prendre exemple sur elle, à moins, cela va sans dire, que la grossesse soit tout près de son terme, ou que la persistance des accidents ne lui conseille au contraire de précipiter les choses? La nature, tantôt prévient, tantôt combat l'hémorrhagie au moyen de la rupture des membranes. Premier exemple qu'il doit suivre.

Si ce traitement réussit, si l'hémorrhagie est complètement et définitivement arrêtée, pourquoi, bien que l'œuf soit ouvert, n'essayerait-il pas de prolonger une grossesse encore éloignée du terme, au lieu d'activer le travail? Les préparations opiacées administrées immédiatement auraient pour effet de diminuer les contractions indolentes, cause première de l'hémorrhagie, et de pallier l'excitation déterminée par la rupture des membranes.

N'y arriverait-on que dans un petit nombre de circonstances, ne parviendrait-on ainsi qu'à prolonger la grossesse de quelques jours ou de quelques semaines, l'on aurait toujours agi utilement pour le fœtus, en le faisant bénéficier d'un temps plus ou moins long de vie intra-utérine.

Il est bien entendu que cette tentative devra être subordondonnée : aux modifications qui auront pu déjà survenir du côté du col, à l'état général de la femme, à la survie du fœtus, et à l'arrêt complet de l'hémorrhagie consécutivement à la rupture des membranes.

Ce serait là évidemment le traitement idéal de l'hémorrhagie par insertion basse survenant avant le terme de la gestation. La nature seule l'exécute parfois. Pourquoi l'accoucheur n'arriverait-il pas quelquefois à le réaliser ?

TECHNIQUE DE M. ROUTIER POUR L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE (1)

Par le Dr Raymond Diriart,
Ancien interne des hôpitaux.

Critique et objections.

Quand nous avons vu faire les premières hystérectomies abdominales totales par notre maître M. Routier, les objections à sa technique s'élevèrent nombreuses dans notre esprit : la pratique et les résultats que nous avons pu constater suffisent aujourd'hui à réfuter ces objections en nous faisant un devoir d'en exposer pour chaque temps les raisons décisives.

1er Temps. — *Temps vaginal.* — Le temps vaginal précédant l'hystérectomie abdominale totale est considéré par bien des chirurgiens comme temps dangereux, parce que, disent-ils, les opérateurs, en passant du vagin dans l'abdomen, commettent presque sûrement des fautes contre l'antisepsie. L'argument n'est certes pas sans valeur et nous croyons volontiers qu'il n'est pas sans danger, quand on a commencé une hystérectomie vaginale, d'être obligé de terminer l'opération par l'abdomen. Ce n'est pas ainsi que se présentent les choses dans le procédé que nous venons de décrire. Tout est prévu d'avance, et par conséquent on a pu prendre ses précautions pour assurer d'avance aussi bien l'asepsie vaginale que l'asepsie abdominale : les instruments sont préparés séparément, le nettoyage du vagin précède celui de la paroi abdominale et rien n'est laissé aux hasards d'une préparation

(1) Voir *Annales de gynécologie*, juillet 1897, p. 14.

rapide. D'ailleurs le temps vaginal ne doit jamais prendre beaucoup de temps, et mieux vaut ne pas ouvrir ses culs-de-sac que s'attarder à ce premier temps qui dans nombre de cas d'ailleurs est absolument impraticable. Il n'est pas rare en effet, quand on opère de gros fibromes, étalés, très bosselés et envahissant surtout le petit bassin, d'être dans l'impossibilité de saisir le col et même de le sentir, et dans ces cas, il est inutile d'essayer un début de débridement des culs-de-sac ; mais on regrettera de n'avoir pu faire le débridement lorsque par l'abdomen on tentera d'ouvrir le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac postérieur, car, dans ces conditions, la désinsertion de haut en bas du vagin sur le col est rendue bien plus pénible. Le premier temps vaginal nous semble donc donner de bons résultats et devra être fait chaque fois qu'il sera possible.

Quant à l'asepsie du vagin, elle est *pratiquement* aussi possible à réaliser que celle de tout autre point de l'organisme, mais il faut qu'elle soit préparée d'assez loin. Dans ces conditions nous n'avons eu à constater aucun ennui de ce chef. C'est d'ailleurs, ce nous semble, un point que l'on tend à admettre de plus en plus : les succès de l'hystérectomie vaginale et des procédés d'hystérectomie abominale totale dans lesquels on laisse en communication le ventre et le vagin, semblent bien donner raison à cette manière de voir.

L'*hémorrhagie* qui accompagne l'ouverture complète ou incomplète des culs-de-sac n'est pas en général considérable, surtout si l'on a soin de ménager le plus possible les attaches latérales du vagin. Il suffit pour l'arrêter d'établir un courant continu d'eau pendant qu'on opère dans le vagin et de placer à la fin une éponge plus ou moins volumineuse dans un des culs-de-sac. Très rarement nous avons vu qu'il était nécessaire de poser des pinces hémostatiques, ce qui d'ailleurs ne gêne en rien pour la suite de l'opération.

2e Temps. — *Laparotomie. — Traitement des annexes.* — Ce temps consacre l'obligation d'enlever les annexes, ou au moins de s'assurer de leur intégrité avant d'exercer la moin-

dre violence sur la masse fibromateuse. Il semble avoir été un peu oublié dans certains procédés d'hystérectomie abdominale totale où la préoccupation de saisir le col par le cul-de-sac postérieur de façon à faire basculer la masse sur le pubis, entraînant dans ce mouvement le décollement de la vessie, nous paraît trop exclusive. Ce procédé ingénieux dont on trouvera d'ailleurs la description dans l'observation I, qui date, entre les mains de M. Routier, du 11 février 1895, est un excellent procédé dans certains cas, mais encore faut-il qu'on se préoccupe de savoir si en attirant le fibrome au dehors on n'arrachera pas des adhérences dangereuses entraînant la rupture de poches purulentes dont l'évacuation pourrait avoir les pires conséquences. Mieux vaut, ce nous semble, consacrer quelque temps au traitement des annexes ; on ne sera que plus à son aise pour faire basculer le fibrome dans un sens ou dans l'autre. Nous avons décrit tout au long le traitement des annexes dans les cas de fibrome ; nous voulons dire que ce n'est qu'exceptionnellement qu'on aura à ponctionner de grosses poches avec le trocart et que dans le cas de poches purulentes on préférera au préalable ouvrir par le cul-de-sac postérieur et drainer pendant quelque temps avant de pratiquer l'hystérectomie abdominale. Dans une de nos observations la laparotomie fut préférée à cause de l'existence d'une fistule recto-vaginale qui nous obligea d'abandonner l'incision du cul-de-sac postérieur (obs. XIV). Disons en passant que ce drainage du cul-de-sac postérieur nous paraît être une opération très bonne, même dans les cas où il n'existe pas de concomitance avec une lésion épithéliale ou fibromateuse. L'incision du cul-de-sac suffit quelquefois à obtenir une guérison complète sans fistule ou elle peut être une opération primitive à la suite de laquelle on fera ultérieurement, avec un pronostic plus rassurant, une opération complémentaire qui, suivant les cas, sera une hystérectomie vaginale ou une hystérectomie abdominale.

3e Temps. — *Extériorisation et énucléation des fibromes.* — L'extériorisation des fibromes est, de l'avis de tous les chirur-

giens, un des points les plus importants de toute hystérectomie abdominale, ainsi que l'élévation de la tumeur, temps pour l'exécution duquel ont été inventés des instruments aussi ingénieux qu'inutiles. Il est évident que dans les cas de très gros fibromes ceux-ci ne peuvent être attirés tout le temps en haut, car cette immobilisation constante de la main de l'aide est défectueuse à tous les points de vue. Pourquoi donc ne pas ouvrir le fibrome, diminuer le volume de celui-ci, rendant ainsi plus mobilisable et moins encombrante la masse utérine dont on doit maintenant à chaque instant changer la direction?

L'hémorrhagie est-elle à craindre ? La quantité de sang répandue pendant la décortication paraît souvent grande : qu'on ne perde pas de temps à vouloir arrêter les premiers flots de sang qui suivent le début de la décortication, mais plutôt qu'on se hâte d'avancer celle-ci et on n'aura pas d'accidents de ce fait. L'hémorrhagie diminue à mesure que s'effectue la décortication. Une ou deux pinces placées sur des jets artériels suffiront à se rendre maître de l'hémorrhagie si le bistouri ne pénètre pas trop vers les bords du ligament large où il risque de blesser une branche utérine qu'il faudrait aussitôt pincer, temps qui peut être très difficile à effectuer à cause de la rétraction qui suit la section des tissus. En somme, la décortication n'est point dangereuse au point de vue de l'hémorrhagie quand celle-ci est menée rapidement et n'intéresse pas les bords du ligament large.

Les dangers de l'infection que peut entraîner l'ouverture d'un fibrome kystique ou ramolli nous semblent un argument de peu d'importance contre la décortication, en raison des services que peut rendre celle-ci. Certainement dans ces cas il vaut mieux que le champ opératoire soit bien limité et protégé, de façon à ce que ces produits ne se déversent pas dans le ventre, mais ce sont souvent produits peu septiques et dont d'ailleurs on peut toujours empêcher l'écoulement. Au besoin, un attouchement avec de l'eau phéniquée forte ou même au besoin le thermo-cautère pourrait, dans ces cas, être fait sur

les parties qui paraîtraient les plus infectées. D'ailleurs il est rare qu'au cours de ces décortications on pénètre dans l'intérieur même de la cavité utérine, et c'est aux dépens de la paroi antérieure que se fait le plus grand nombre des décortications.

4ᵉ Temps. — *Ouverture des culs-de-sac.* — Si l'ouverture du cul-de-sac postérieur paraît au premier abord et est, en effet, sans grand danger, il n'en est pas de même du cul-de-sac antérieur où les blessures de la vessie ou des uretères paraissent un danger à éviter. La manière d'ouvrir ce cul-de-sac d'après la technique que nous avons décrite nous paraît donner une grande sécurité, car dès que la brèche transversale est faite, la main gauche s'insinue entre la vessie et l'utérus, protégeant le réservoir urinaire qu'elle attire en haut et projette contre le pubis. Elle protège aussi bien les uretères qui se laissent fort bien déplacer latéralement et perdent bientôt toute connexion et tout rapport avec le cul-de-sac antérieur.

Nous renvoyons le lecteur à ce que nous avons dit pour la facilité avec laquelle on ouvre les culs-de-sac antérieur et postérieur quand, au préalable, par un temps préparatoire fait par le vagin, on a débridé plus ou moins haut les insertions du vagin sur le col.

5ᵉ Temps. — *Hémostase des ligaments larges.* — C'est là un des temps les plus importants de toute hystérectomie abdominale totale et aussi peut-être le plus dangereux, le plus fertile en incidents ; et en effet c'est à cause des dangers qu'il présente qu'étaient nés les précurseurs de l'abdominale totale qui respectaient le territoire utérin : l'hystérectomie abdominale avec pédicule externe, l'hystérectomie abdominale avec pédicule rentré et l'hystérectomie abdominale partielle complétée par l'hystérectomie vaginale. C'est encore aujourd'hui le temps de l'hystérectomie sur lequel portent les plus grandes divergences.

La ligature de l'utérine semblerait devoir être le procédé de choix ; mais peut-on s'assurer de prendre l'utérine à sa base, et ne crée-t-on pas un danger grave en sectionnant après ligature incomplète de l'utérine ? C'est pour obvier à ces inconvé-

nients que notre maître prend en masse ce qui reste de ligament large après la ligature utéro-ovarienne, et pour cela il se sert le plus souvent d'un lien élastique. Quels peuvent être les inconvénients d'un pareil procédé ?

Les inconvénients sont de peu d'importance et peuvent être en partie au moins évités. *Le choix de ces liens* est difficile, car ils doivent pouvoir supporter de fortes tractions : on aura donc soin de les essayer après ébullition avant de s'en servir. Il est assez difficile *d'arrêter le degré de striction* qu'on veut obtenir sur le ligament large, mais on y arrive par le procédé que nous avons indiqué. L'entrecroisement des deux chefs arrêté par un fil de soie vaut mieux que le nœud fait avec le lien élastique et arrêté également par un fil de soie ; et cela pour deux raisons : le lien élastique tient moins de place et il casse moins souvent que quand on fait un nœud avec le lien lui-même. Le plus gros inconvénient de l'emploi des liens élastiques est que ces liens attirés après l'opération dans le vagin ne tombent en général qu'après le 30e jour de l'opération ; mais cela n'empêche pas la malade de se lever vers le 25e jour et n'est qu'un inconvénient minime, car à la suite de la chute du lien élastique, il n'existe plus trace de celui-ci et le bourrelet qui existait dans le vagin a complètement disparu quelques jours après. On aura soin de faire continuer pendant longtemps les soins antiseptiques du vagin, pour éviter que le moignon attiré dans le vagin ne soit le point de départ d'une infection locale dont nous n'avons point constaté d'exemple chez nos malades.

Les dangers qu'entraîne l'usage de liens élastiques pour assurer l'hémostase des ligaments larges sont dominés par l'*hémorrhagie*. Nous avons dit comment il fallait procéder pour détacher sans danger, après ligature, le ligament large du bord utérin correspondant ; il restait à nous assurer que les liens ne glissaient pas sur les ligaments. Nous avons recherché dans quelles conditions se lâchaient les pédicules enserrés dans des liens de caoutchouc, par des expériences que nous avons faites sur dix cadavres à l'hôpital Necker. Nous avons répété l'opération telle que nous l'avons décrite et serré chaque ligament

large dans un lien élastique. Chaque fois que notre prise portait sur une bandelette légère, le lien glissait à la moindre traction, tandis que chaque fois que nous l'avons appliqué sur toute l'épaisseur du ligament large, des tractions même violentes n'arrivaient pas à le faire tomber. Nos expériences portaient sur des utérus non fibromateux dont la hauteur et l'épaisseur du ligament large sont, on le sait, bien minimes à côté de celles des utérus fibromateux ; de sorte que nous pouvons en conclure qu'au point de vue de l'hémorrhagie primitive on n'a rien à craindre de l'application d'un lien élastique sur un ligament assez épais, pourvu que l'on mette bien en jeu l'élasticité du caoutchouc par des tractions même exagérées. Quand on jugera que la partie du ligament qui reste à lier est de minime épaisseur, il sera plus prudent de remplacer le lien élastique par un fil] de soie ; et de fait, par ce procédé, M. Routier n'a jamais eu d'hémorrhagie primitive.

L'*hémorrhagie secondaire est-elle plus à redouter ?* Dès que le pédicule tombe il se fait en général par le vagin un petit suintement sanguinolent qui persiste jusqu'à la chute de l'eschare, comme cela se produit après les hystérectomies vaginales, et encore, la prise se faisant ici sur une moins grande étendue, les dangers d'hémorrhagie secondaire sont-ils moins grands que dans l'hystérectomie vaginale.

Les avantages du lien élastique découlent de ce que nous venons de dire. Il est d'une exécution rapide et assure d'emblée une hémostase définitive. Dans d'autres conditions, les dangers d'infection nous paraissent plus grands et l'hémostase incomplète. On pince une artère, puis l'autre, on fait un point de suture par ci par là, enfin on augmente par des manœuvres répétées les chances d'infection, car nous ne croyons pas que, quelle que soit l'habileté opératoire de celui qui opère, on puisse espérer pouvoir dans tous les cas tomber d'emblée sur le tronc de l'utérine. On est, croyons-nous, exposé à des accidents que l'application en masse d'un lien élastique ou de soie fait éviter à coup sûr.

6e Temps. — *Toilette du péritoine. Passage des liens dans*

le vagin. — Cette toilette du péritoine n'offre rien de particulier à l'hystérectomie abdominale totale, et quand les liens attirés dans le vagin et séparés par une mèche sont en place, l'aspect du petit bassin est à peu près celui qu'il présente après l'hystérectomie vaginale.

7e Temps. — *Fermeture du ventre.* — La question de la reconstitution de la paroi abdominale, si souvent discutée dans les diverses sociétés, est ici résolue de façon la plus simple par des crins de Florence profonds et superficiels. Il faut avoir bien soin de prendre dans son aiguille tous les plans bien superposés.

Observations.

I. — E..., 44 ans. Hystérectomie abdominale, le 11 février 1895. Tumeur s'arrêtant à deux doigts au-dessous de l'ombilic. Guérison.

II. — F..., 39 ans, H. abdominale, le 27 mars 1895. Gros fibrome allant jusqu'à l'épigastre. Mort le 16 avril d'embolie.

III. — F..., 35 ans. H. abdominale, le 15 septembre 1895. Fibrome remontant un peu au-dessus de l'ombilic. Guérison.

IV. — F..., 42 ans. H. abdominale le 17 octobre 1895. Fibrome remontant peu vers l'ombilic, mais très étalé. Guérison.

V. — F..., 44 ans. H. abdominale, le 7 novembre 1895. Fibrome enclavé. Ablation des sutures le 13 ; le 16, rupture de la suture pendant un effort au moment du pansement. Lavage à l'eau phéniquée des intestins qu'on rentre ensuite. Suture à la soie de la paroi. Guérison.

VI. — F..., 42 ans. H. abdominale, le 9 janvier 1896. Gros fibrome étalé. Guérison.

VII. — K... H. abdominale, le 2 avril 1896. Fibrome, bosselé, remontant jusqu'à l'ombilic. Guérison.

VIII. — Cl... H. abdominale, le 25 août. Fibromes multiples enclavés dans le petit bassin, remontant à peine à cinq travers de doigt de la ligne pubienne. Guérison.

IX. — Et..., 60 ans. H. abdominale totale, le 16 mai 1896. Deux corps fibreux l'un inséré sur la corne utérine gauche, l'autre, plus volumineux, s'insinuant dans le ligament large correspondant. Guérison.

X. — T..., 40 ans. H. abdominale totale, le 2 juin 1896. Gros fibrome remontant à 3 centim. de l'ombilic. Guérison.

XI. — B... H. abdominale totale, le 9 juin 1896. Masse fibreuse remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Excision de l'appendice iléo-cæcal très long, et paraissant contenir des matières. Mort dans la nuit du 11 au 12. A l'autopsie, la seule constatation est celle, sur l'S iliaque, près du pédicule gauche, d'une coudure sans adhérence, sans suffusion aucune.

XII. — L..., 39 ans. H. abdominale totale, le 11 juin 1896. Fibrome volumineux, bosselé, remontant à l'ombilic. Au cours de l'opération, ouverture de la vessie (quelques sutures au catgut, par la méthode de Lembert). Guérison.

XIII. — F..., 39 ans. H. abdominale totale, le 23 juillet 1896. Gros fibrome. Guérison.

XIV. — D..., 20 ans. H. abdominale, le 20 juillet 1896. Salpingite bilatérale suppurée, ouverte dans le rectum. Guérison.

XV. — Al..., 45 ans. H. abdominale totale. Fibrome dur, remplissant le petit bassin, peu étendu transversalement et atteignant l'ombilic. Guérison.

XVI. — C..., 31 ans. H. abdominale totale, le 25 juillet 1896. Fibromes multiples de l'utérus. Mort dans la nuit du 28 au 29. Pas d'autopsie.

XVII. — L..., 40 ans. H. abdominale totale, le 24 octobre 1896. Fibrome dur, irrégulier, bosselé par places, dépassant l'ombilic. Guérison.

XVIII. — N..., 48 ans. H. abdominale, 29 octobre 1896. Fibrome bosselé, atteignant l'ombilic. Mort le 2 novembre. *L'autopsie* fait constater qu'il s'agit d'une infection d'origine salpingienne dont les effets locaux se sont limités à l'anse intestinale la plus voisine.

XIX. — L..., 50 ans. Hystérectomie abdominale totale, le 5 novembre 1896. Masse fibreuse, volumineuse, atteignant l'ombilic et le débordant à gauche de deux à trois centimètres. Guérison.

XX. — N..., 46 ans. H. abdominale totale, le 15 novembre 1896. Fibrome remplissant le petit bassin et remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les suites opératoires furent marquées par une hémorrhagie, survenue le jour même de l'opération, qui nécessita le tamponnement du vagin, et des accidents iodoformiques (hallucinations, divagations, mictions fréquentes). Guérison.

XXI. — S..., 44 ans. H. abdominale totale, le 5 novembre 1896. Fibrome très bosselé remontant au-dessus de l'ombilic. Guérison.

XXII. — L..., 58 ans. H. abdominale totale. Fibrome très dur, développé surtout vers la paroi abdominale, remontant jusqu'à l'ombilic. Guérison.

XXIII. — F...., 43 ans. H. abdominale totale, le 28 janvier 1897. Fibrome remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Guérison.

XXIV. — Ch..., 52 ans. H. abdominale totale, le 13 mai 1897. Gros fibrome atteignant l'ombilic, ayant produit, par compression, une double perforation intestinale, des phénomènes d'obstruction et de péritonite. Mort le 17 mai. *Autopsie :* deux plaques de sphacèle au niveau de l'iléon, à quelques centimètres de son abouchement avec le cæcum ; au niveau de l'une des plaques de sphacèle, l'intestin est perforé. Hépatisation de la base des deux poumons.

Accidents et complications. — Suites éloignées.

Nos vingt-trois observations, déduction faite de l'observation XXIV qui offre un caractère particulier de gravité, nous ont donné quatre morts, proportion relativement grande et qui range l'opération parmi les plus graves. Les causes de la mort doivent être recherchées avec soin, car elles peuvent amener à une amélioration d'un temps spécial et faire découvrir une faute opératoire.

Embolie pulmonaire. — Malgré que l'autopsie de la malade n'ait pas pu être faite (Obs. II), nous pensons qu'il ne peut pas subsister de doute au sujet de la cause de la mort de notre malade, survenue 20 jours après l'opération. L'hémostase des ligaments larges fut assurée par des ligatures à la soie et non par des pédicules élastiques que l'on aurait pu peut-être accuser. Heureusement il n'en est rien, et pour nous la mort de la malade reste inexplicable par une faute opératoire. L'embolie pulmonaire n'est point exceptionnelle chez les opérées, et cette année encore nous avons vu mourir au 8e jour une jeune femme qui, opérée pour un petit kyste de l'ovaire, n'eut jamais après son opération plus de 37°,2 de température.

Occlusion intestinale. — C'est à la suite d'occlusion intestinale qu'est survenu le décès de la malade qui fait l'objet de

l'observation XI. C'est là une cause signalée souvent comme cause de mort, non seulement au cours d'hystérectomie abdominale totale, mais aussi dans les autres interventions graves de l'abdomen ; mais les observations se rapportent en général à des occlusions par brides épiploïques ou adhérences qui datent de plusieurs jours, ou elles ont trait à de véritables parésies intestinales de cause souvent inconnue et qui relèvent très fréquemment de la septicémie. Ici il s'agissait bien d'un véritable arrêt mécanique par coudure, arrêt dont les effets se sont manifestés dès le premier jour par des vomissements dont on a mal interprété la signification.

Urémie. — La malade de l'observation XVI, dont nous avons eu grand regret de ne pouvoir faire l'autopsie, est morte à la fin du troisième jour, ayant rendu des gaz et ayant été à la selle depuis son opération, ayant un ventre non ballonné, souple, point douloureux à la palpation. Le seul symptôme alarmant que nous ayons constaté dès le début, c'est la petite quantité d'urines émises en 24 heures, et cela, joint à la constatation du rythme respiratoire de Cheyne-Stokes qui fut très net pendant la dernière journée, nous autorise à croire que la malade est morte d'urémie. Nous acceptons d'autant mieux cette hypothèse qu'il s'agit d'une malade qui a été soignée autrefois à Necker pour albuminurie, et que, bien que nous n'ayons constaté aucune trace d'albumine ni avant ni après l'opération, il existe des formes d'urémie sans albumine qu'a pu réveiller le traumatisme chirurgical. Notons qu'avec cette tare grave la malade était, au moment où elle a été opérée, très fatiguée par les pertes de sang qu'elle venait d'éprouver, et que probablement il eût mieux valu n'intervenir qu'après plusieurs jours de repos et de traitement tonifiant.

Infection d'origine salpingo-ovarienne. — Notre quatrième décès (obs. XVIII) est survenu dans des conditions qui nous ont paru fort intéressantes : il s'agissait d'une femme dont l'opération semblait avoir été faite dans les meilleures conditions, et de fait elle ne dura que 25 minutes. A l'autopsie nous trouvâmes une septicémie abdominale dont le point de départ

des plus nets s'était fait sur la portion d'intestin en contact avec le pédicule utéro-ovarien. La lésion était symétrique. Il s'agissait donc d'une lésion à point de départ salpingien, et c'est avec la plus grande facilité que les annexes avaient pu être amenées à l'extérieur et pédiculisées. C'est à la suite de cette observation que M. Routier aseptise, systématiquement, son pédicule utéro-ovarien en l'attouchant au thermo-cautère, et cela nous semble une excellente pratique.

Tels sont les accidents qui ont amené la mort de nos autres malades ; mais un grand nombre d'autres accidents menacent encore les hystérectomisées : les plus communs sont les suivants.

L'hémorrhagie. — L'hémorrhagie est souvent incriminée au cours des hystérectomies abdominales : nous n'avons pas eu à en signaler au cours de nos opérations ; mais souvent l'hémostase définitive a été longue à obtenir, surtout quand nous avons substitué des ligatures à la soie au pédicule élastique. Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point. Les dangers de l'hémorrhagie secondaire existent aussi, quel que soit le procédé employé, mais on sait quel rôle joue l'infection dans la pathogénie de ces accidents, et c'est surtout dans le chapitre de l'infection qu'ils doivent être décrits.

Le shock. — Le shock est souvent un mot à sens large et vague sous la rubrique duquel on mentionne les cas malheureux survenus après une longue anesthésie, des pertes de sang abondantes survenues chez des femmes épuisées par de volumineux fibromes et dont les reins, le cœur et le foie sont plus ou moins altérés; mais ici encore ce sont les pertes de sang qui nous paraissent jouer le rôle le plus important. Aussi croyons-nous qu'il importe d'opérer sans perte de temps, et à ce point de vue la ligature en masse du ligament large nous semble préférable à la ligature à la soie faite au fur et à mesure : la perte de sang qui paraît considérable au moment de l'énucléation et de l'ouverture des culs-de-sac, est réduite à peu de chose par l'application du lien élastique.

A côté de l'élément hémorrhagie il y a un élément impor-

tant qui entre en ligne de compte dans le shock : c'est l'exposition à l'air des viscères abdominaux, qui devra être évitée, soit par l'enveloppement à l'aide de compresses chaudes, soit par des éponges montées bien placées dès le début de l'opération. La protection des viscères abdominaux doit être surveillée pendant toute la durée de l'opération.

Accidents broncho-pulmonaires. — Les accidents broncho-pulmonaires peuvent être mortels, mais c'est l'exception au cours de ces interventions, et quand ils se produisent avec une pareille intensité, ils sont toujours la manifestation d'une septicémie généralisée.

A côté de ces complications graves de l'intervention chirurgicale, nous devons noter quelques accidents relevés au cours de nos observations.

Ouverture de la vessie. — Elle ne s'est produite qu'une seule fois : il faut la disséquer soigneusement si on ne veut pas être exposé à pareil accident, car souvent les rapports normaux sont modifiés par le développement de la tumeur et on la trouvé étalée sur la face antérieure de la masse et aussi développée dans le sens transversal que dans le sens vertical. Dans certains cas, au lieu de pénétrer dans la vessie, on n'a entamé qu'une partie de la musculeuse sans perforer la muqueuse. Ces accidents, qui sont en général accompagnés d'une hémorrhagie en nappe assez abondante, qu'explique la riche vascularisation des parois vésicales, ont une minime importance pourvu qu'on s'en aperçoive à temps et que la déchirure ne soit pas trop large. Quelques points de suture au catgut assureront la coaptation des lèvres déchirées, pendant qu'une sonde en caoutchouc rouge laissée à demeure pendant 8 ou 10 jours assurera la fonction vésicale.

Rupture de la cicatrice. — Nous avons trois cas de rupture de la cicatrice sur vingt-quatre observations, et cette énorme proportion semblerait devoir nous faire rejeter à tout jamais la fermeture de la paroi par un seul plan de suture. Il n'en est rien, parce que d'abord les crins, dans chacun de ces cas, ont été retirés trop vite,. et qu'il est bon, pour des incisions aussi

longues que celles que nécessite l'hystérectomie abdominale totale, de maintenir les crins pendant dix jours environ; c'est ce que nous ferons désormais.

Nous avons vu faire cette suture pendant toute l'année chez toutes les opérées, et jamais nous n'avons eu d'autre rupture que les trois que nous mentionnons aujourd'hui. Nous avons pu examiner aussi un très grand nombre d'anciennes malades, et pendant toute notre année, nous n'avons pas vu une éventration post-opératoire. Donc cette suture est aussi bonne, d'après nous, que toute autre, et comme elle est la plus simple, elle présente, croyons-nous, de grands avantages pour terminer des opérations graves et longues, et nous réservons la suture à plans multiples pour les laparotomies qui n'ont pas nécessité une opération longue.

Cystites. — La cystite n'offre ici aucun caractère de gravité particulier : elle devra être soignée dès les débuts afin d'éviter les infections ascendantes qui pourraient nécessiter une néphrectomie. Nous avons signalé cet accident deux fois dans nos observations.

Parmi les autres accidents possibles et que nous ne retrouvons pas chez nos opérées, signalons les lésions de l'uretère dont on a noté les sections, les déchirures et les ligatures, les fistules intestinales, les abcès de la paroi, l'élimination des fils.

UN CAS DE MOLE VÉSICULEUSE DANS UNE GROSSESSE GÉMELLAIRE (1)

Par le Dr **M. Lomthokhine**, de la clinique obstétricale de Moscou.

Une ouvrière, A. I. S..., âgée de 38 ans et XVI-pare, fut admise vers les 11 heures du matin, le 20 octobre 1896, à la clinique obstétricale, pour hémorrhagie.

Antécédents. — L'accouchée a ses règles sans complications depuis l'âge de 14 ans, tous les mois pendant trois jours, sans aucune dou-

(1) Communication faite à la *Société obstétricale et gynécologique de Moscou*, le 16 janvier 1897.

leur ; à 17 ans elle se maria et à 18 eut ses premières couches, après lesquelles, durant 20 ans, elle fut, sauf de petits intervalles, presque perpétuellement enceinte. De ses 16 enfants il n'y en a que deux qui vivent : le quatrième, âgé de 18 ans et une fillette de 2 ans, tous les autres sont morts dans le courant des deux premières semaines avec des symptômes de gastro-entérite. Pas d'avortements ni de maladies après ses couches. Elle mit tous ses enfants au monde soit à la clinique, soit à la maison d'accouchements.

En fait de maladie des organes génitaux, l'accouchée ne signale que des flueurs blanches qui lui vinrent après son mariage et continuent jusqu'à présent sans l'incommoder. Aucune indication de syphilis. Son mari est, selon elle, absolument bien portant.

L'enfant né du 20 octobre vécut 14 jours et mourut avec tous les symptômes d'un catarrhe gastro-entérique ; sa mère le nourrissait tout le temps de lait de vache acheté et non coupé.

Elle avait eu ses dernières règles le 10 mars et avait senti pour la première fois les mouvements du fœtus vers le 1er août. Depuis le 16 septembre elle fut incommodée par de légères hémorrhagies qui, avec de courts intervalles, durèrent tout un mois. Celle du 15 octobre, par sa violence, l'obligea à se mettre au lit, car elle se mit à avoir le vertige et devint très faible. Les douleurs qu'elle eut le 19 octobre et l'hémorrhagie qui augmenta l'obligèrent à s'adresser à la clinique où elle fut admise le lendemain.

L'examen démontra que l'orifice interne avait une ouverture de 1 doigt et demi de largeur, que le siège se présentait dans la deuxième position (du côté droit), que la poche était intacte et qu'on ne sentait point le placenta. La partie supérieure de l'utérus atteint le creux de l'estomac. Par le palper on détermina les parties du fœtus à droite ; les battements du cœur s'entendaient à la hauteur du nombril. Vers les 7 heures, l'hémorrhagie prit un caractère tellement dangereux qu'il fut décidé d'accélérer l'accouchement. L'orifice ouvert de 4 doigts de largeur, le Dr M. I. Popom rompit la poche des eaux, après quoi le siège descendit très vite, et 5 minutes après nous assistions à la naissance d'un enfant vivant, né avant terme, et qui fut suivi dans son expulsion par le corps d'une môle vésiculeuse. Le placenta vint une dizaine de minutes plus tard, après quoi l'hémorrhagie cessa et la matrice se contracta d'une manière plus ou moins suffisante (glace, injections sous-cutanées d'erg. Bonjean 5 p. 100).

L'enfant, garçon de 7 mois, pesait 1,950 grammes, avait 42 centi-

mètres de taille, la circonférence de sa tête était de 30 centimètres, ses diamètres avaient 11 centimètres le grand, 9 centimètres le moyen et 7 le petit. Le placenta pesait 350 grammes et la masse de la môle vésiculeuse 400 grammes. Le placenta n'avait rien de particulier, sauf deux petits infarctus blancs sur la surface fœtale du chorion.

La malade passa 9 jours à la clinique, ayant constamment une température normale, au maximum 37°,1. La matrice entrant lentement en involution, on ordonna de la glace et le seigle ergoté, 6 centigrammes, deux fois par jour. A partir du quatrième jour, il lui fut donné trois cuillers par jour d'infusion de seigle ergoté à 10 : 200. Le neuvième jour, la matrice était à 1 travers et demi de doigt de la symphyse et suffisamment rétractée.

L'enfant fut mis immédiatement après sa naissance dans une couveuse Credé, et comme sa mère n'avait que peu de lait, on le nourrit au lait de vache coupé d'eau. Au neuvième jour son état était satisfaisant.

Trois mois plus tard, j'ai examiné la mère et j'ai trouvé l'état de sa santé absolument satisfaisant.

J'ai examiné préalablement à la loupe la masse de la môle vésiculeuse qui, étant sortie d'une pièce avec la membrane caduque, était sensiblement épaissie et hyperhémiée; dans le courant de cet examen j'ai réussi à y constater des restes d'embryon et d'amnios. L'embryon présentait une substance gris jaunâtre mal limitée. L'examen microscopique des lobules séparés me fournit le tableau typique de la môle : un fort développement de l'épithélium et des villosités avec un très petit nombre de cellules étoilées dans les lobules de plus grandes dimensions ; et grande quantité de substance interposée.

Nulle part je n'ai observé de vaisseaux.

Il existe plusieurs théories sur la pathogénie de la môle. Les uns (Virchow) l'envisagent comme un myxome, comme une dégénérescence muqueuse et une hyperplasie des villosités ; d'autres (Kehrer) se la représentent non pas comme une formation secondaire de tissus muqueux, mais comme une augmentation quantitative des villosités embryonnaires, c'est-à-dire de celles des deux premiers mois, des villosités qui, selon leur forme et leur structure, rappellent le plus la môle vésiculeuse. Ces villosités sont composées de tissu conjonctif

muqueux extrêmement mince, et ce n'est qu'à partir du troisième mois qu'il se produit dans leur stroma un tissu conjonctif plus épais.

Pour ce qui est de leur forme, ces cellules embryonnaires « *Embryonalzellen* » très souvent sont allongées et surtout gonflées aux extrémités. Ce phénomène est toujours à noter sur les vésicules de la môle.

Cette ressemblance si frappante avec les villosités porte Kehrer à supposer que la môle vésiculeuse n'est que le résultat d'une augmentation exclusivement quantitative des villosités des deux premiers mois, dont le développement a été arrêté par des raisons quelconques. Cette hypothèse pourrait expliquer les formes pathologiques du placenta dans lesquelles les vésicules sont observées seulement sur une surface restreinte du chorion (*mola hydat. partialis*).

Par analogie avec les monstres, Kehrer rattache la môle vésiculeuse au type dénommé *monstra abarrentia*, c'est-à-dire au nombre des anomalies dans lesquelles l'organe ne se développe que quantitativement en s'augmentant de volume, sans arriver au type plus complet.

Dans l'espace de quelques années, des cas semblables au mien ont été cités par Hildebrandt (1), Davis (enfant vivant), Herwitt, Pepper, Schrœder, Bensinger, Melcieul, Hubbauer, Pichon et Kehrer (2)(1894). A mon grand regret, je suis mis dans l'impossibilité de citer les cas de ce rare phénomène de môle vésiculeuse dans une grossesse gémellaire qui ont été publiés plus anciennement, car je ne suis parvenu à trouver aucune de ces publications dans les bibliothèques de Moscou.

Voici un abrégé du cas cité par Hildebrandt.

Une ouvrière de 34 ans eut trois enfants et un avortement. Quelque temps après avoir eu le typhus, elle devint enceinte. 6 mois après, une

(1) *Monatschr. für Geburts. und Frauenkrank.* B. XVIII, s. 224. Ein Fall von Traubenmolle neben einem normal entwickelten Eie.

(2) *Arch. für Gyn.*, B. 45, s. 497.

(3) LEPAGE et RIBEMONT-DESSAIGNES. *Précis d'obstétrique*, p. 735.

hémorrhagie de 5 jours, avortement au sixième mois. L'embryon avait 34 centimètres de longueur, pesait 800 grammes, mais était atteint d'hydropisie, tout en étant normalement conformé. La môle vésiculeuse sortit après le fœtus. L'auteur admet la possibilité d'une connexion quelconque avec l'anémie de l'accouchée après le typhus.

Il y a aussi l'ancien cas de Montgomery dans lequel la môle vésiculeuse fut expulsée durant la grossesse, qui arriva à terme et donna un enfant vivant.

Je n'ai pas trouvé un seul cas semblable dans les publications russes. Selon moi, le cas que j'expose plaide plutôt en faveur de l'opinion de Kehrer, vu que dans cette grossesse gémellaire nous aurions une raison qui pouvait influer sur le développement du 2e œuf. Il est connu que dans les cas de jumeaux il y a presque toujours un des fœtus et, souvent, un des placentas moins développé que l'autre.

Souvent aussi cette différence est tellement accentuée que l'un des fœtus est monstrueux. L'exemple le plus manifeste de l'atrophie quantitative est le fœtus *papyracé*. Il m'est arrivé d'observer dans une grossesse gémellaire, en même temps qu'un fœtus et un placenta bien développé que l'autre fœtus avait la longueur d'un fœtus de près de 5 mois, mais était comprimé jusqu'à une épaisseur de 3 centimètres. Son placenta n'était qu'une môle brune et compacte sans aucune trace de division en cotylédons. Le microscope me montra une atrophie presque complète des villosités, énormément de fibrine et de dépôts calcaires.

Pour ce qui concerne le côté clinique de mon observation, je puis faire remarquer que, dans aucun traité à moi connu, le cas d'une môle vésiculeuse pendant la présence indubitable d'un fœtus dans l'utérus n'est indiqué comme la cause probable d'hémorrhagies dans le courant de la seconde partie d'une grossesse; généralement dans ces cas nous avons affaire à un placenta prævia ou à un décollement prématuré du placenta.

La pièce anatomique est conservée au musée de la clinique obstétricale de Moscou.

MONSTRE PAR FUSION DE DEUX FŒTUS DE MOUTON

Par le Dr **Dujon** (de Moulins),
Ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

Le monstre dont nous présentons une reproduction photographique résulte de l'union de deux fœtus de mouton.



Il m'a été apporté, à la fin du mois de novembre dernier, par un boucher de la Villette qui venait de le retirer de l'utérus d'une brebis.

(1) Présentation faite à la *Société obstétricale.*

Il y avait dans cet utérus les deux fœtus soudés, et un troisième fœtus bien conformé.

Ce monstre pèse 930 grammes ; chaque fœtus mesure 24 centimètres de la naissance de la queue au sommet de la tête commune, et 40 centimètres de ce sommet à l'extrémité des membres postérieurs. La distance qui sépare les deux rachis à la hauteur des aisselles est de 10 centimètres.

Les deux fœtus se font face. Ils ont un ombilic commun d'où s'échappent deux cordons différents pendant plusieurs centimètres. Ils sont sectionnés et nous n'avons pu savoir s'ils s'unissaient ensuite. Les parties sous-ombilicales, pelvis et membres postérieurs, sont bien conformés et indépendantes. Les parties sus-ombilicales sont soudées.

Il n'y a qu'un thorax ; de chaque côté est placée la colonne vertébrale d'un fœtus, en avant et en arrière se trouve un sternum ; entre les deux se déroulent les arcs costaux. Le sternum antérieur est fait de l'union de la moitié droite du sternum du fœtus gauche avec la moitié gauche du sternum du fœtus droit, une dépression marque leur point de jonction. Le sternum postérieur est fait de l'union des deux autres moitiés sternales. La même dépression s'y rencontre. Au thorax sont attachés normalement les membres antérieurs.

Il n'y a qu'un cou présentant de chaque côté une convexité due aux vertèbres cervicales, et sur la ligne médiane postérieure une dépression allongée verticalement, indice de la jonction des deux fœtus.

Ce cou est surmonté d'une tête unique dont le grand axe est perpendiculaire au plan birachidien. Cette tête est parfaitement conformée, sauf à la partie postérieure où elle présente deux oreilles surnuméraires. Ces deux oreilles sont soudées par leur base, et à ce niveau, juste sur la ligne médiane, se trouve un trou borgne, conduit auditif externe commun.

Appareil circulatoire. — Il y a deux cœurs médians, antérieur et postérieur. Chacun d'eux a 4 cavités, avec un trou de Botal largement béant. Le cœur antérieur appartient au fœtus droit. Du ventricule gauche part une aorte d'abord recourbée en crosse, puis rectiligne le long du rachis. Elle donne 2 branches collatérales, un tronc qui se divise en deux carotides, et l'artère axillaire gauche du fœtus droit. Dans le bassin elle se trifurque pour donner naissance aux 2 iliaques et à l'artère ombilicale, laquelle est grosse et unique. L'artère ombilicale s'unit à un autre vaisseau qui s'engage dans le foie, la veine ombilicale, et à l'ouraque pour former le cordon ombilical du fœtus droit.

Du ventricule droit part l'artère pulmonaire qui ne tarde pas à se diviser en 4 branches ; 2 sont les artères pulmonaires (poumon gauche du fœtus droit, poumon droit du fœtus gauche), les 2 autres sont anastomotiques et se jettent, l'une dans l'aorte droite, l'autre dans l'aorte gauche.

De l'oreillette droite part l'artère axillaire droite du fœtus gauche.

Le cœur postérieur appartient au fœtus gauche. Du ventricule gauche part une aorte dont le trajet et les branches terminales sont analogues à ce que nous avons décrit pour l'aorte précédente.

De sa convexité part un tronc qui se bifurque en 2 carotides après avoir fourni l'axillaire gauche du fœtus gauche. De sa concavité part une artère pulmonaire qui se bifurque pour fournir au poumon droit du fœtus droit et au poumon gauche du fœtus gauche. C'est près de ce rameau que prend naissance l'anastomose avec l'artère pulmonaire du cœur antérieur.

Du ventricule droit part une artère qui va se jeter dans le tronc commun des 2 carotides. De l'oreillette droite part l'artère axillaire droite du fœtus droit.

Appareil respiratoire. — Il y a deux larynx, deux trachées, largement ouvertes en arrière dans l'œsophage unique qui les sépare, sauf à leur partie inférieure, où elles sont fermées et se bifurquent chacune en 2 branches.

La trachée antérieure fournit aux 2 poumons antérieurs, et la trachée postérieure aux 2 poumons postérieurs.

2 foies, 2 rates, 4 reins.

Tube digestif. — Il n'y a qu'une langue. De chaque côté de sa base est un trou qui s'ouvre dans l'œsophage et les 2 larynx.

L'œsophage aboutit à un estomac unique trilobé, lequel se continue par un intestin grêle unique. Le tube intestinal ne tarde pas à se bifurquer et chaque fœtus possède à lui seul une moitié d'intestin grêle et un gros intestin.

Tête. — Nous avons fendu la tête suivant un plan médian antéropostérieur. Il y a une grande cavité crânienne où aboutit chacun des canaux rachidiens. Chaque moitié de l'encéphale se continue avec la moelle correspondante. Au-dessous de la grande cavité, se trouve dans l'épaisseur des os, exactement au niveau de la racine de l'oreille double postérieure, une petite cavité kystique qui s'ouvre à la paroi postérieure du pharynx par une petite dépression.

Ce sont probablement là les vestiges de la seconde tête non développée.

REVUE GÉNÉRALE

DU KRAUROSIS DE LA VULVE

Par le Dr R. Labusquière.

En 1885, déjà, Breisky signalait une maladie des organes génitaux de la femme, de laquelle il n'avait pu trouver, malgré de laborieuses recherches, aucune mention dans les traités spéciaux (gynécologie et dermatologie). Son travail avait pour base un contingent, relativement respectable, de cas de cette maladie jusqu'alors inédite, et était complété par quatre figures illustrant les modifications histologiques relevées dans l'un d'eux. Cette affection est encore assez mal connue en France, sans doute parce qu'elle y est rare, ou plutôt que l'attention de nos gynécologistes n'a pas été orientée de ce côté. Il n'a paru, en effet, chez nous qu'un seul travail original de MM. Pichevin et Pettit qui, aux cas déjà rassemblés ailleurs, ont ajouté une observation nouvelle. De la nature de cette affection, de sa cause première, on ne sait rien de plus qu'au moment de l'apparition du mémoire de Breisky. Toutefois, on s'est efforcé de déterminer ses caractères histologiques, et sans qu'on soit arrivé à un accord absolu, il est permis, de ce qui a été constaté, de dire qu'il s'agit d'un *processus modificateur qui, après une période initiale plutôt hypertrophique, aboutit par voie de dégénérescence fibreuse et par rétraction scléreuse, à un état atrophique avec décoloration plus ou moins complète de la peau*. Peut-être est-il permis d'ajouter que ce processus crée des conditions favorables à des dégénérescences cancéreuses, si l'on en juge d'après un cas rapporté par A. Martin et celui plus récent communiqué par MM. Pichevin et A. Pettit.

Après avoir inutilement cherché dans le cadre nosologique, surtout dans celui des processus atrophiques de la peau, une affection comparable, Breisky, voulant appliquer à la maladie

nouvelle une dénomination convenable, s'exprimait ainsi : « Il ne nous reste plus, si on veut la désigner sommairement, que de lui donner un nom qui, aussi longtemps que de nouvelles recherches n'auront pas révélé de plus près la nature de cette atrophie spéciale, ne préjuge rien, et qui mette seulement en relief le phénomène clinique essentiel du processus : *la rétraction atrophique*. Dans cette idée, je la dénomme *Kraurosis* (κραυρωσις, rétraction) de la vulve. »

Pour donner une idée plus nette, plus suggestive du kraurosis vulvaire, voici quelques observations empruntées à Breisky, A. Martin, Peter, Gördes, et celle de MM. Pichevin et Pettit.

*
* *

Obs. I (Breisky). — N..., 25 ans, entrée à la clinique (Prague) le 19 octobre 1882. Une grossesse. Avait eu, antérieurement à la grossesse, du fait d'un travail pénible étant debout, des varices aux jambes. Depuis le commencement de la grossesse, tuméfaction des membres inférieurs. Au deuxième mois de la grossesse, ulcère au-dessus de la malléole interne du pied droit, qui persiste encore. Dernières règles au début de février. Femme grande, forte, nutrition bonne. Bassin ample. Bas-ventre modérément distendu. Fœtus vivant, en deuxième position, d'un développement en rapport avec l'âge de la grossesse ; portion vaginale du col comme chez une primipare. Vagin tendu, à paroi lisse. Hymen formant une membrane à bord continu. Fente vulvaire remarquablement courte. De l'extrémité du clitoris à la fourchette, 39 millimètres ; du méat urinaire au même point, 23 millimètres. Du mont de Vénus à la face externe du frein du clitoris, apparaît une ligne blanchâtre ayant l'aspect d'une cicatrice linéaire et longue de 28 millimètres. La peau entre les extrémités supérieures des grandes lèvres est lisse, brillante, sèche. Les petites lèvres, très peu développées, ne sont délimitées des grandes que par un petit sillon. Si l'on entr'ouvre la vulve, les nymphes s'effacent complètement. La fourchette a le même aspect que la peau, elle est dure, comme cicatricielle, et donne suite, vers le périnée, à une sorte de raphé long environ d'un centimètre. Au-dessous du prépuce du clitoris, proémine un repli transversal, tendu, sec, rétrécissant le vestibule. L'épiderme sec qui recouvre les lèvres se fissure facilement au cours de l'examen. En arrière de la région vestibulaire rétrécie, apparaît l'orifice, profondément situé et étroit, du vagin.

Le 23 novembre, début du travail à 2 h. et demie; l'après-midi, à 6 h. et demie du soir, rupture de la poche des eaux, et à 8 h. un quart du soir, expulsion naturelle d'un enfant vivant, long de 0m,493 et du poids de 3,005 grammes. Circonférence de la tête fœtale, correspondant au diamètre sous-occipito-bregmatique, 32,2 centimètres. Au moment de l'expulsion de la tête, il se fit une forte distension de l'entrée du vagin et de la vulve, sans que pourtant le rebord vulvaire s'amincît, il resta plutôt relativement épais, dur et inextensible. Comme l'orifice vulvaire ne se dilatait pour ainsi dire pas, il fut refoulé en totalité par la tête fœtale qui forçait en haut et en avant. La sortie de la tête ne s'accomplissant que très lentement, la peau du périnée commença à céder, et l'on fit une incision latérale gauche, qui fut bientôt suivie de l'expulsion de la tête. Il se produisit aussi une petite déchirure du périnée, qui se prolongea en arrière et en haut en se bifurquant vers la colonne postérieure du vagin, ainsi que deux fissures à la circonférence antérieure des petites lèvres. On préleva sur les bords, dans le but de les soumettre à l'examen microscopique, deux petites bandes de tissu, puis on sutura les solutions de continuité. Suites de couches parfaites. A la sortie de la femme, on nota l'état génital suivant: Fissures guéries. Vulve très étroite. Prépuce et frein du clitoris courts, le premier avec une peau brillante, dépourvue de glandes. Absence presque complète des petites lèvres. Vagin lisse. Utérus bien involué. Écoulement très peu marqué, muqueux, blanchâtre.

Breisky fait à propos de cette observation la remarque que si, chez les primipares, les érosions, les déchirures ne sont pas un fait exceptionnel, il n'en est pas moins vrai que, dans le fait actuel, ces déchirures ont été tout particulièrement favorisées par les modifications, les altérations antérieures des tissus de la région.

Obs. II (Breisky). — L..., 30 ans; mariée depuis 3 ans, stérile. Menstruée à 18 ans, d'abord à de longs intervalles, plus tard toutes les quatre semaines, sans douleurs, 3 jours. Depuis 9 mois, menstruation trop fréquente ; dans les derniers mois, tous les douze à quatorze jours. Avant le mariage, leucorrhée qui dure encore. Et, déjà alors, prurit douloureux au niveau des organes génitaux externes, particulièrement la nuit, troublant le sommeil et occasionnant du grattage. Le prurit persiste encore, mais ne se produit pas pendant le jour. Le coït ne fut douloureux que pendant les premiers temps du mariage. Fonctions digestives régulières.

État actuel : Femme à nutrition bonne, mais un peu pâle. ***État local :*** Absence complète des petites lèvres. Elles se sont comme effacées dans

la partie muqueuse des grandes lèvres. Pas de frein ni de prépuce du clitoris constatables. Le gland du clitoris disparaît caché sous la muqueuse tendue. Dans la région vestibulaire, entre le clitoris et le méat de l'urèthre, un repli transversal blanchâtre, tendu, attirant la peau des grandes lèvres et rétrécissant considérablement le vestibule. La peau est à ce niveau notablement rétractée, elle est partout sèche, et semée tantôt de taches rouges et tantôt de taches blanches, comme laiteuses; en quelques points, il y a des érosions. Pas de vestiges de glandes sébacées. La muqueuse du vagin, y compris celle de la portion vaginale, est le siège d'un catarrhe diffus. Sur la lèvre postérieure du col, en ectropion, papilles hypertrophiées au niveau d'une érosion rouge clair. Sécrétion abondante, blanc grisâtre. Utérus mobile, en antéflexion ; pas de conditions anormales du col ni des annexes. Ce cas présentait, au plus haut point, les signes du processus de rétraction.

Obs. III (Peter). — W..., 51 ans, femme fortement constituée, n'ayant pas d'autre tare que sa maladie des organes génitaux. Tégument externe indemne de lésions éruptives, pas de fortes varices aux membres inférieurs. Pas de sucre, pas d'albumine dans les urines. Menstruation à 15 ans ; depuis, toujours régulière, mais peu abondante et douloureuse. Mariée à 25 ans, cinq accouchements, toujours spontanés, le dernier il y a dix-sept ans. Depuis cinq ans, ménopause. Se plaint de sensation de pesanteur, de tiraillements dans le bas-ventre, de leucorrhée, de sensations de brûlure, de corrosion, s'accusant surtout à l'occasion des mictions. Ne peut préciser la date de début de ces accidents. *Examen :* Catarrhe modéré du vagin et du col, polype, gros comme une cerise, saillant à travers l'orifice du museau de tanche. Au niveau de la vulve, les modifications ordinaires du kraurosis. En même temps que le polype, A. Martin excise une bande des tissus pris par le processus, longue de 2 centimètres, large d'un centimètre, pour examen microscopique. Trois mois plus tard, le kraurosis avait fait de grands progrès. Sténose vestibulaire beaucoup plus marquée. La coloration gris-argent mat occupait une zone circulaire, et tranchait surtout dans la région du clitoris et de la commissure postérieure. Les petites lèvres, à peu près complètement disparues, étaient réduites à deux petits bourrelets de chaque côté du clitoris. Les parties affectées, au niveau desquelles on constatait de nombreuses érosions, de nombreuses solutions de continuité de l'épiderme, se séparaient nettement de la muqueuse du vagin, tandis qu'en dehors elles se continuaient peu à peu vec la peau normale par une portion intermédiaire brune brillante.

L'écartement des grandes lèvres provoqua la production de fissures qui saignèrent, particulièrement au niveau de la commissure postérieure.

OBS. IV (A. MARTIN). — Fl..., 23 ans, mariée depuis deux ans et trois mois, stérile. Depuis décembre 1890, au niveau des organes génitaux, sensations de plus en plus vives de brûlure, de cuissons profondes ; mictions douloureuses, coït douloureux, intolérable. A plusieurs reprises, éruption de petits furoncles à la vulve. *Examen le 11 juillet 1891 :* Aspect typique du kraurosis vulvaire, arrivé à un stade assez avancé ; endométrite du col, sténose de l'orifice externe de l'utérus, sténose vestibulaire marquée. Dilatation brusque de la sténose vestibulaire, abrasion de la muqueuse utérine et discission du col. Puis, durant 8 jours, repos au lit, vessie de glace, régime doux. Comme traitement complémentaire : bains de siège appropriés, usage de spéculums de bain, applications de pommade, badigeons iodés. L'atrophie rétrocéda, tout au moins le prurit disparut ainsi que la sténose vestibulaire, en sorte que la femme, après trois mois, put se soustraire à l'observation médicale.

OBS. V (A. MARTIN). — 35 ans, IVpare. Depuis onze ans, veuve. Menstruation régulière. Depuis des années, prurit vulvaire de plus en plus fort, besoins d'uriner plus fréquents, en outre, sensation intolérable de tension au niveau des organes génitaux externes, leucorrhée et douleurs sacrées. Le 29 avril 1892, constatation d'une sténose vestibulaire accusée. Les nymphes sont réduites à de petites saillies tachetées, au niveau du fin bourrelet dans lequel elles se continuent de notables ecchymoses. Leur face externe est blanc brillant, sans démarcation régulière avec les tissus voisins. Pas de différence de niveau appréciable. Le kraurosis remonte jusqu'au voisinage du clitoris, lequel n'est pas touché. La commissure postérieure est reportée à mi-hauteur environ de l'orifice vulvaire par accolement des parois latérales. L'introduction du doigt, très douloureuse, est rendue difficile par la *sténose vestibulaire.* Le tégument des petites lèvres tranche vigoureusement sur la muqueuse du vagin. Vaginite légère pré-sénile, métrite chronique, etc., érosions multiples sur les lèvres du col de l'utérus. Un traitement médical institué ailleurs ayant échoué, A. Martin intervint chirurgicalement : traitement des modifications pathologiques concomitantes, et large excision de tout le tissu affecté par le kraurosis. Coaptation des surfaces cruentées par une suture continue, au catgut. Réunion par première intention Neuf jours après, les douleurs avaient totalement disparu.

Deux années après, le résultat thérapeutique se maintenait.

Obs. VI (A. Martin). — B..., 67 ans, entre à la clinique le 20 octobre 1892. Avait été toujours régulièrement menstruée. 4 accouchements normaux. Jusque vers l'été de 1893, toujours bien portante. Mais, à partir du mois d'août, sensation douloureuse, allant en augmentant progressivement, au niveau des organes génitaux. Depuis cette même époque, sensation forte de brûlure et de prurit au moment des mictions. En outre, tiraillements dans le ventre, et douleur constante au niveau des organes génitaux externes; appétit perdu, insomnie, perte des forces, amaigrissement. Chez cette femme âgée, sénile, dont le pubis est pourvu de poils abondants, les deux grandes lèvres sont réduites à deux bourrelets, les petites manquent. Au lieu du clitoris, on voit deux petites masses qui, comme deux gouttelettes figées, pendent sur la région vestibulaire. L'orifice vulvaire, large de 1 centimètre et demi, est limité par un pourtour rigide. En dehors, tout autour de l'orifice vulvaire, est une zone large de 2 centim. et demi à 3 centim. et demi, de couleur gris-blanc. Pas de différence de niveau appréciable entre la zone atrophiée et la zone avoisinante. Cette zone cutanée, siège des modifications atrophiques, perd sur certains points son épiderme; sa consistance au toucher est plus dure, et présente des fissures, des excoriations superficielles au fond desquelles apparaît le chorion rouge vif. A droite, 2 ulcérations, une supérieure plus petite, une inférieure plus importante (longue de 1,5 centim. à 3 centim.), à hauteur des glandes de Bartholin. Ces ulcérations suintent peu, mais saignent facilement au toucher; la base en est dure.

La zone blanchâtre se continue peu à peu avec les tissus voisins; pas de démarcation tranchée ni à l'œil ni au doigt explorateur, pas plus en dehors que du côté du vagin.

Vaginite sénile. *Diagnostic :* néoplasme ulcéré, de mauvaise nature, développé sur une région déjà atteinte de kraurosis.

Traitement. — Le 13 novembre 1893, excision large, complète, jusque dans le tissu sous-cutané, de toutes les parties affectées par le kraurosis et la dégénérescence cancéreuse; suture continue au catgut. Réunion par première intention. *Exeat* dès le 28 novembre, soit treize jours après l'opération.

Examen microscopique de fragments du tégument dégénéré. 1) Tissu altéré par le kraurosis : la couche cornée est inégalement épaisse, tantôt profonde, tantôt mince; le réseau de Malpighi est partout très réduit, en sorte que par points le chorion touche à la couche cornée.

Les papilles affectent des formes très variées ; au niveau des points les plus modifiés, elles présentent, comme le tissu fibreux plus profond du chorion, des infiltrats de cellules embryonnaires, tantôt agglomérées en foyer, tantôt disposées en rangées entre les fibres conjonctives. Dans les parties modifiées depuis plus longtemps, les infiltrats cellulaires disparaissent ; le tissu se sclérose, il apparait mat brillant (mattglanzend), très pauvre en cellules et en vaisseaux. Dans le tissu sous-cutané, peu ou pas de glandes ; par contre, infiltration plus ou moins forte de petites cellules.

2) Coupes correspondant aux ulcérations. L'examen microscopique démontre formellement qu'il s'agissait d'un néoplasme cancéreux, d'un cancroïde cutané.

« *Le stade hypertrophique*, écrit A. Martin, *qui, comme on le sait, précède le stade atrophique, a été peut-être dans le cas actuel la condition étiologique de la dégénérescence maligne. Il se peut qu'en certains points l'atrophie des tissus qui survient d'ordinaire ayant manqué, les cellules épithéliales, pavimenteuses du réseau de Malpighi, aient continué de proliférer suivant un mode atypique.* »

Obs. VII (Gördes). — X..., 29 ans, mariée depuis un mois, se plaint d'une affection herpétique, très prurigineuse, très douloureuse, au niveau de l'entrée du vagin, affection qui dure depuis 2 à 3 ans. Antérieurement, aurait existé sur l'un des côtés un petit ulcère. Depuis le mariage, le coït n'a jamais été possible, à cause de l'étroitesse de l'orifice vaginal. Un traitement médical longtemps continué (pommades, bains, dilatation de l'orifice vaginal après narcose) n'avait amené aucune amélioration. *Examen :* décoloration blanche de la peau entourant l'orifice du vagin, et se continuant, en dehors, jusqu'aux grandes lèvres. Peau parcheminée, sèche, fissurée. Çà et là quelques lésions de grattage. Les petites lèvres sont, seulement dans leur prolongement supérieur, encore apercevables, et plus à gauche. Également, les grandes lèvres sont fortement rétractées. La coloration blanchâtre de la peau se perd en haut dans les poils de la région pubienne, en arrière elle se continue sur le périnée, lequel est médiocrement développé, jusqu'à l'orifice anal. L'urèthre et la région voisine de la paroi antérieure du vagin ne présentent aucune tache blanche. Atrésie de l'orifice vaginal très forte. On pouvait bien introduire un

doigt, mais quand on essaya d'en introduire deux, la malade se récria pour le mal qu'on lui faisait. *Diagnostic :* kraurosis de la vulve, du périnée et de l'anus.

La malade se refusant à une opération, on institua d'abord un traitement médical (pommades, bains) qui ne donna aucun résultat. On fit ensuite une large excision des parties atteintes. Toutefois, au niveau de l'anus, on se borna à extirper vigoureusement avec la curette tranchante les parties affectées par le processus, et l'on toucha les points correspondants avec une solution forte de sublimé (1 p. 100). Le seizième jour après l'opération, au moment de la sortie de la malade, il semblait qu'il y eût, au niveau de la ligne médiane périnéale, quelques points de kraurosis. Mais, un peu plus tard, on put se rendre compte que toute trace de l'affection avait disparu, et que les points douteux n'étaient que l'effet d'amas de cellules épithéliales jeunes en des points de la ligne médiane où le processus de granulation avait été moins actif. Toutefois, les rapports conjugaux n'avaient pu se faire, à cause de l'étroitesse du vagin, et il fallut, pour obvier à cet inconvénient, procéder à l'élargissement chirurgical du vagin aux dépens du périnée déjà médiocre. Cette opération, et probablement la bonne volonté des deux conjoints, paraît, d'après les nouvelles ultérieurement reçues, avoir atteint le but.

OBS. VIII (PICHEVIN et PETTIT). — X..., 28 ans, menstruation toujours assez régulière. Mariée à 24 ans. Peu après son mariage, règles douloureuses. Pas d'antécédent connu de gonorrhée ou de syphilis. Il y a plus de trois ans, sensations de prurit au niveau du clitoris, et surtout de la partie supérieure de la grande lèvre gauche, prurit qui alla toujours en s'accusant jusqu'à troubler le sommeil. A certains moments, mais non toujours, mictions douloureuses. Dans les derniers temps, début, au niveau du siège primitif du prurit, d'une ulcération.

État local : Perte de substance qui porte sur la région clitoridienne, la partie supérieure de la lèvre gauche et le vestibule. Les bords de cette perte de substance sont indurés et déchiquetés. De plus, à la face externe de la grande lèvre gauche, on trouve de petits nodules cancéreux.

La grande lèvre droite, légèrement augmentée de volume à sa partie inférieure, semble être le siège d'une infiltration œdémateuse et non pas d'une dégénérescence maligne. La surface est plus lisse que la partie correspondante de l'autre côté. En écartant les grandes lèvres, on constate que les petites lèvres ont subi un certain degré d'atrophie

sur toute leur hauteur. Au niveau de la fourchette, la muqueuse est lisse et décolorée, mais non ulcérée et fongueuse. En introduisant le doigt dans le vagin, on détermine une vive douleur qui s'oppose à une intromission complète. On sent que l'on pénètre dans un vagin inextensible. On arrive à 3 ou 4 centimètres au fond d'un entonnoir rigide dont la base est à la vulve et le sommet dans le vagin. La muqueuse adhère aux parties profondes. On a la sensation d'un tissu épaissi, induré, qui double la muqueuse, n'ayant d'ailleurs aucune connexion avec la dégénérescence cancéreuse, situé plus haut. En outre, à la surface des téguments non envahis par la dégénérescence cancéreuse, par exemple, au niveau de la fourchette et sur le vagin, on voit différentes plaques blanchâtres, nacrées, de largeur variable, etc. *Diagnostic :* leucoplasie compliquée de dégénérescence cancéreuse, ou plutôt *kraurosis avec transformation épithéliomateuse.* Suit une description soigneuse des altérations histologiques, accompagnée de deux figures que nous reproduisons ici et que nous devons à l'obligeance de MM. Pichevin et Pettit. Ces constatations histologiques se résument ainsi : 1° *inflammation et hypertrophie du derme, mais avec régression des organes qu'il contient ; a) vaisseaux* à parois épaissies ; *b) nerfs*, frappés de dégénérescence fibreuse. Tous les cordons, qu'ils se présentent en coupes longitudinales ou en coupes transversales, sont étroitement comprimés par le tissu conjonctif ; au fur et à mesure que ce processus fait des progrès, la dégénérescence du nerf s'accroît de plus en plus, et bientôt celui-ci n'est plus représenté que par une masse d'aspect fibreux creusée de vacuoles. Comme divers auteurs (Webster, entre autres) l'ont déjà indiqué, il convient de rapprocher ces altérations des cordons nerveux des sensations de prurit dont les malades souffrent (1) ; *c) glandes*, également atteintes par le processus scléreux.

2) *Nécrose et hyperkitinisation des éléments épidermiques.*

*
* *

Symptômes. — Les observations précédentes permettent d'écourter la description des symptômes de la maladie. En somme, sa marche n'est pas toujours identique à elle-même : parfois torpide, insidieuse, l'affection ne se révèle qu'incidemment. Aussi, plusieurs des auteurs qui ont étudié la question écrivent-ils qu'en général, à *l'état de repos des organes géni-*

taux externes, la maladie ne cause pas de malaises, mais que les accidents apparaissent quand les *organes entrent en activité* (coït, accouchement). C'est une femme récemment mariée que les altérations anatomiques survenues au niveau des organes externes de la génération empêchent de remplir les devoirs conjugaux, soit que l'orifice vaginal soit devenu trop étroit, soit que les tentatives de coït s'accompagnent de trop de douleurs. En d'autres cas, le kraurosis est constaté pour ainsi dire *sub portu;* quelquefois, à l'occasion des obstacles qu'il apporte à la sortie de la tête fœtale et des lésions dont il est le point de départ. Mais les faits ne se présentent pas toujours ainsi, et si la maladie ne détermine pas d'accidents notables dès le début, elle n'attend pas cependant, pour se manifester, des causes occasionnelles aussi décisives que la copulation ou l'accouchement.

Un certain nombre de femmes avaient souffert déjà plusieurs années avant de subir l'examen médical, quelques-unes d'un prurit intense, intolérable, allant jusqu'à troubler le sommeil. Toutefois, le *prurit* dans lequel certains auteurs ont voulu voir le point de départ des altérations anatomiques, n'a pas été un phénomène constant, bien loin de là! Il a été au contraire plutôt le symptôme rare chez les malades observées par Breisky. Plus constant que le prurit, aussi pénible semble-t-il, c'est *la sensation de* tension, au niveau des parties génitales externes. Sensation de tension s'exagérant souvent à l'occasion des mictions, des efforts pour aller à la garde-robe. Et, dans certains cas, ces phénomènes étaient isolés, tandis que dans d'autres cas ils étaient associés à d'autres symptômes sous la dépendance d'affections des organes voisins (vaginite sénile, gonorrhée, etc...), association qui aurait incliné à voir entre le kraurosis et les affections concomitantes une relation, loin d'être démontrée, de causalité. Il existe aussi des sensations très pénibles de brûlure, de corrosion. D'autre part, chez certaines femmes, le prurit, les sensations douloureuses, probablement aussi, l'état moral entretenu par la maladie, vont jusqu'à retentir sur la santé générale (amaigrissement, diminution des forces, névropathie).

Voilà, en résumé, pour les malaises subjectifs. Objectivement,

que voit-on? Il est clair que les altérations de la région sont plus ou moins étendues suivant la période du processus à laquelle on est appelé à procéder à l'examen médical. Toutefois, il semble qu'en raison de la marche plutôt insidieuse du processus dans les premiers temps, on arrive à le constater toujours ou à peu près toujours à une phase assez avancée déjà de son évolution. Cela paraît du moins résulter des altérations histologiques constatées et de l'idée que l'on se fait de l'évolution successive des modifications anatomiques.

Cliniquement, les lésions étant déjà bien accusées, on constate tout d'abord une sorte d'aplatissement et de coarctation de la région des organes génitaux externes.

Les replis naturels, grandes lèvres, surtout les petites lèvres avec leurs prolongements supérieurs (prépuce et frein du clitoris), sont plus ou moins effacés ; les nymphes en certains cas paraissent s'être fondues dans la portion muqueuse des grandes lèvres ; parfois, elles sont réduites à deux insignifiants bourrelets; dans un cas de Martin, relaté plus haut, elles n'étaient plus représentées que par deux petites masses qui, comme deux gouttelettes figées, pendaient sur la région vestibulaire. Frein, prépuce du clitoris ne sont plus constatables. Le gland du clitoris lui-même disparaît parfois au-dessous d'un relief transversal tendu, rigide, qui semble rapprocher les régions correspondantes aux portions supérieures des grandes lèvres. La zone vestibulaire entre le clitoris et le méat uréthral est souvent notablement rétrécie. En bas, la commissure se trouve souvent déplacée, reportée en haut par le processus rétractile qui se joue dans la peau; la fente vulvaire est fortement raccourcie, l'orifice vaginal très rétréci circulairement, ce dont le doigt explorateur se rend aisément compte.

De plus, la coloration normale de la région est remarquablement modifiée. Il y a comme une décoloration blanc grisâtre, appréciable surtout dans la zone du clitoris, de la région vestibulaire, des nymphes. Ce sont des zones plus ou moins étendues, quelquefois occupant toute la région péri-vulvaire, d'un blanc grisâtre, d'autres fois comme des taches laiteuses. Cette décolo-

ration, ou mieux cette coloration anormale délimite vigoureusement les parties atteintes de la muqueuse vaginale restée normale, tandis qu'en dehors elles se continuent graduellement par une coloration rouge-brun avec la peau normale. Dans un cas de Gördes également relaté plus haut, des zones décolorées occupaient le périnée jusqu'à l'anus. Indépendamment de ces modifications, la peau est en certains points brillante, sèche; l'épiderme rugueux, épaissi, se craquèle aisément, et la diminution plus ou moins marquée de l'élasticité des éléments anatomiques de la peau explique naturellement les érosions, fissures, solutions de continuité épidermiques qui existent ordinairement dans la région, et qui se produisent si facilement à l'occasion d'une exploration même prudente.

On a en certains cas constaté des éruptions furonculeuses et d'autres lésions, celles-ci dues au grattage occasionné par le prurit. Tels sont les symptômes objectifs les plus ordinaires. Nous n'insisterons pas sur les lésions surajoutées, telles que les dégénérescences cancéreuses signalées en particulier dans les cas d'A. Martin et de MM. Pichevin et Pettit.

*
* *

Anatomie pathologique. — Voici la description histologique faite par Breisky dans son important mémoire. D'après les résultats de l'examen microscopique, qui ne fut fait du reste que dans l'un des cas (*obs. I*), il s'agit essentiellement d'un processus régressif, dans les couches supérieures du chorion et spécialement dans les coupes des papilles; la substance du chorion est sclérosée, elle a un aspect vitreux, et paraît, suivant l'axe des papilles, légèrement striée. Les papilles sont de dimensions variables ; en général, elles sont peu développées. Au niveau de l'épiderme, le réseau de Malpighi ne présente pas d'altérations morphologiques de ses éléments ; toutefois, en certains points, particulièrement au niveau des papilles de la peau des petites lèvres, il est remarquablement bas, de sorte que le stratum cornéen assez épais repose presque directement sur les sommets des papilles. Sur aucune des coupes on ne voit de

glandes sébacées ; sur une seule, on constate un reste de glande sudoripare. Au niveau de quelques papilles, mais surtout dans les couches inférieures du chorion, existe une infiltration de petites cellules embryonnaires. » Breisky ajoute qu'en raison des troubles circulatoires liés à l'accouchement, il ne se croit pas autorisé à établir une relation de causalité entre cette infiltration embryonnaire et les altérations anatomiques des coupes papillaires. Dans son dernier mémoire, A. Martin, qui, soit personnellement soit par ses élèves, a fourni des contributions très importantes sur le même sujet, reproduit, à propos de l'anatomie pathologique, cette même description de Breisky, et il ajoute : « Je cite cette description de Breisky, mot pour mot, pour montrer au lecteur peu au courant combien cette description se retrouve fidèlement dans tous, ou du moins dans tous les cas que j'ai observés. » Un peu plus loin, il précise un peu plus au sujet des éléments anatomiques touchés par le processus, certains auteurs n'ayant pas constaté d'altérations des nerfs, alors que d'autres les affirment formellement : « Des recherches microscopiques récentes, en particulier des recherches très minutieuses faites par G. Orthmann sur des pièces pathologiques fournies par A. Martin, celui-ci conclut que *la rétraction qui caractérise le kraurosis frappe le tissu en totalité, c'est-à-dire tous les éléments anatomiques qu'il contient, glandes, vaisseaux, nerfs*. Cette rétraction, ce processus atrophique de la peau, est l'attribut essentiel du kraurosis. »

Nous avons donné plus haut, à la suite de leur observation, le résumé des altérations microscopiques consignées par Pichevin et Pettit, et nous avons vu qu'eux aussi avaient constaté une altération massive des éléments du chorion (glandes, vaisseaux et nerfs). Voici maintenant la description histologique faite par Peter d'après les résultats qu'il a obtenus par l'examen des fragments de tissu prélevés sur le sujet de l'obs. III, résultats, à son avis, d'autant plus intéressants, qu'il s'agissait d'un processus moins avancé dans son évolution :

« Un certain nombre de fragments furent directement fixés dans l'alcool, d'autres furent fixés avec le sublimé, la solution

de Flemming et la solution à 10 p. 100 d'acide nitrique d'après la méthode de Benda.

« *Fragments traités par l'alcool ou le sublimé.* — Stratum cornéen modérément augmenté, et absolument infiltré de leucocytes et de masses hyalines. Le réseau de Malpighi est par points un peu aplati ; toutefois, cet aplatissement paraît moins tenir à une atrophie réelle qu'à une sorte de refoulement de cette portion de la peau contre le stratum cornéen. La couche granuleuse, par suite d'une kératinisation exagérée, est réduite à une ou deux couches de cellules souvent interrompues. Les cellules cylindriques et épineuses sont fortement gonflées, et même, dans leur couche la plus superficielle, dissociées. Entre les cellules s'est produite une migration abondante de leucocytes. Je pense que *la coloration gris-blanc des parties malades, macroscopiquement constatable, est due à ce gonflement et à cette imbibition de l'épiderme, et non, comme Breisky l'admettait, à une kératinisation exagérée, ni, comme le pense Sänger, à des lésions de vitiligo, car on ne constate pas une diminution du pigment* L'épiderme est refoulé du derme sur de longues distances, par un exsudat qui renferme des leucocytes, des caillots fibrineux, des masses pigmentaires amorphes. Il semble que cette altération anatomique,ou plutôt que le processus qui la produit soit en rapport avec la nature de la maladie. On ne connaît une altération analogue que dans le lichen plan, où Caspary et Joseph constatèrent en certains cas un décollement semblable de tout l'épiderme. Dans le kraurosis, ce soulèvement épidermique est la conséquence d'un décollement purement mécanique de tout l'épiderme par une exsudation séreuse aux dépens du territoire vasculaire du chorion.

« Les couches supérieures du derme sont fortement gonflées, œdémateuses : sous la pression produite par l'œdème, les papilles sont en partie déprimées, le tissu infiltré est parsemé de leucocytes et de caillots fibrineux ; les fibres connectives ont perdu leur structure. Dans les couches inférieures de la peau existe une infiltration inflammatoire, à petites cellules, mais qui se cantonne dans cette zone, en sorte que le tissu sous-

cutané paraît normal ; on ne trouve en particulier pas traces de phénomènes inflammatoires ni dans le voisinage des vaisseaux ni des glandes sudoripares. Follicules pileux, vaisseaux, glandes sébacées et sudorales sont bien conservés, aucune altération de leur structure normale, etc.

« Sur les coupes traitées par la solution de Flemming. je ne pus trouver les terminaisons nerveuses dans la zone papillaire, gonflée, œdémateuse. Par contre, dans les couches profondes du derme il y avait de nombreuses sections de tiges nerveuses tout à fait normales, indemnes de toute trace de processus phlegmasique ou de dégénérescence connective.

« Seul, dans ces préparations, le tissu élastique était atrophié. Sur certaines préparations, le tissu élastique paraissait avoir conservé jusqu'à la hauteur de la couche dermique, siège de l'infiltration embryonnaire, son développement normal ; mais, dans le tissu connectif œdémateux, imbibé, situé au-dessus, ce tissu élastique avait totalement disparu. Et il est probable que la friabilité particulière de la peau, constatée par tous les observateurs, tient à cette disparition du tissu élastique.

« Abstraction faite de cette déchéance du tissu élastique, il n'y avait pas, dans ce cas qui correspondait à une phase assez précoce du kraurosis, apparence d'atrophie. En conséquence, on ne pouvait, ici, attribuer à l'atrophie le symptôme clinique le plus important du kraurosis : la rétraction qui aussi, dans ce cas, était cependant le phénomène caractéristique. Mais les coupes traitées par la solution de Flemming, d'après la méthode de Benda, fournirent l'explication des constatations faites. Les altérations sont en effet marquées au plus haut point sur ces préparations. L'œdème des couches supérieures du chorion y est tout à fait accusé. Mais, au-dessous, au lieu de l'infiltration inflammatoire, on aperçoit un réseau véritable de cellules bipolaires ou étoilées s'anastomosant par plusieurs de leurs prolongements protoplasmiques et en certains points rangées en faisceaux. Sur nos préparations, cette couche de granulation restait limitée dans le tiers moyen du chorion, constituant à ce niveau une zone continue.

« Donc, *le kraurosis de la vulve à sa période initiale cor-*

respond à une hyperplasie inflammatoire chronique du tissu connectif avec tendance à la rétraction, à l'atrophie cicatricielle, avec œdème des couches supérieures du derme et de l'épiderme et dégénérescence du tissu élastique. »

La conséquence de ce processus inflammatoire et néoplasique, c'est la modification de tous les éléments anatomiques de la peau, par compression du tissu infiltré et oblitération des vaisseaux, et secondairement l'atrophie dégénérative, symptomatique.

« Il faudrait, ajoute Peter, d'après ces résultats, ranger le kraurosis parmi les hypertrophies connectives, diffuses de la peau, dans ce groupe où, d'après Kaposi, rentrent la sclérodermie et l'éléphantiasis des Arabes. »

*
* *

Les descriptions précédentes suffisent à donner une idée de l'anatomie pathologique de l'affection. Et comme nous le disions plus haut, il s'agit d'un processus qui, après une période plutôt hypertrophique, aboutit par voie de dégénérescence fibreuse et par rétraction scléreuse à un état atrophique avec décoloration plus ou moins complète de la peau. Reste la question du *traitement*. Elle paraît pouvoir être traitée brièvement. Si, en effet, on a cité quelques cas améliorés par le traitement médical (pommades, bains) combiné ou non avec des interventions circonspectes (dilatation progressive ou brusque), il ressort de l'ensemble des faits qu'il est plus prudent de procéder, toutes les fois que la chose est possible, à l'excision large des parties atteintes. Cette manière de faire a donné des résultats excellents et durables. Et, d'ailleurs, la possibilité de l'apparition de dégénérescences malignes particulièrement sur le territoire atteint par le kraurosis justifie doublement l'intervention radicale.

BIBLIOGRAPHIE

Bartels. Thèse, Bonn, 1892. — Breisky. *Zeitsch. f. Heilkunde*. Bd. VI, Hft. 1, p. 69. — Caspary et Joseph. *Lehrbuch d. Hautkrankheiten*. 2 Aufl, p. 80. — Fleischmann. *Prager med. Wochensch.*, 1886, n° 36. — Gordes. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. IV, p. 805. — Hallowell.

Northwestern Lancet, 1891, n° 1. — HATCHETTE (F). *Annals of Gyn. a. Pædiatry*, décembre 1892, n° 3, p. 139. — HEITZMANN. *American Dermat. Assoc.*, 1888. — JANOWSKI. *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1888, n° 19. — LE ROY DES BARRES. *La Semaine gynécol.*, 1897, n° 15, p. 114. — MARTIN (A). *Sammlung klinisch. Vorträge*, 1894, n° 102, p. 167. — OHMAN DUMESNIL. *New-Orleans med. a. Surg. J.*, mars 1890. — ORTHMANN. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XIX, p. 282. — PETER. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. IV, p. 297. — PICHEVIN et PETTIT. *La Semaine gynécologique*, 1897, n° 7, p. 48. — SÆNGER. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 7, p. 153. — WEBSTER. *Laboratory Rep. Royal College of Phys. Edinb.*, 1891.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Présentation de pièce anatomique.

M. PINARD. — Au nom de M. Varnier et au mien, j'ai l'honneur de placer sous les yeux de nos collègues un **monstre symèle**, que nous avons recueilli dans les conditions suivantes :

Le 20 mai, à 3 h. 30 du soir, arrivait à la clinique Baudelocque une primipare de vingt-sept ans, sans antécédents dignes d'être notés, à terme, en travail depuis quelques heures.

L'examen d'entrée montra que le fœtus vivant se présentait par le siège décomplété, mode des fesses, et non engagé, en position droite. La dilatation étant grande comme une paume de main et les membranes rompues (depuis le 17), l'exploration digitale permit, tout en confirmant le diagnostic, de relever les anomalies suivantes : pas d'anus, pas d'issue de méconium, une verge ou quelque chose d'approchant, mais sans bourses au voisinage.

La dilatation étant complète à 6 h. 30, on s'apprêtait à faire l'abaissement prophylactique d'un pied, lorsque brusquement le siège s'engagea. Vingt minutes plus tard, il se dégageait et on assistait à l'expulsion d'un monstre symélien du poids de 2,500 grammes, qui fit quelques inspirations et succomba peu d'instants après la naissance. Longueur : 49 centimètres.

Le placenta, pesant 680 grammes, fut expulsé spontanément, une demi-heure après ; sauf son poids, il ne présentait rien d'anormal.

Ainsi que vous pouvez le constater, le fœtus est un symèle proprement dit. Les membres inférieurs, en rotation externe forcée (la sail-

lie de la rotule est en dehors), sont soudés, suivant la règle, par leurs faces postéro-externes, et se terminent par deux avant-pieds libres,



pourvus chacun de cinq orteils bien conformés dont le gros est le plus externe.

La face palmaire des pieds regarde en avant et en dedans ; la face dorsale, en arrière et en dehors.

Les arrière-pieds sont soudés par leur bord externe et par les talons.

Il n'y a pas de traces d'organes génitaux sur la face ventrale.

En examinant la face dorsale, la fusion des membres pelviens semble encore plus intime. Pas trace de sillon interfessier. Sur la ligne médiane, au voisinage de la pointe du sacrum, on note une dépression borgne de la peau. A deux travers de doigt plus bas, un orifice cutanéo-muqueux admettant une sonde cannelée dans l'étendue de 1 centimètre, et de la circonférence inférieure duquel se détache une sorte de verge flétrie qui, lorsqu'on la développe (2 centimètres), présente, tout le long de sa face supérieure, une gouttière muqueuse se continuant avec l'orifice ci-dessus-mentionné. Autant qu'on en peut juger d'après les figures 21 et 22 du *Traité* de M. Tarnier, un appendice de même situation et de même forme existe sur la pièce de la Maternité.

Du côté du tronc et des membres supérieurs, rien de particulier à noter. La tête n'offre pas de déformation apparente. Elle a les dimensions et la forme normales. En y regardant d'un peu plus près, on voit que les fentes palpébrales sont très étroites, et en les entr'ouvrant il semble que les paupières ne recouvrent que des globes oculaires atrophiés.

Ayant voulu conserver la pièce intacte pour cette présentation, nous nous sommes bornés à une rapide étude du squelette à l'aide des rayons X.

Les trois épreuves présentées, qui sortent du laboratoire de MM. Ducretet et Lejeune, permettent de constater que pour toute la portion sus-pelvienne le développement est normal.

Le bassin, dont les ailes iliaques sont nettement visibles, semble peu développé et comme comprimé dans son arc antérieur.

Les fémurs paraissent normaux, et l'on voit le point osseux de l'épiphyse inférieure.

Pas de trace de la rotule, dont on sent, par le palper, le bloc cartilagineux.

C'est à partir du segment jambier que les anomalies se prononcent. Il n'y a, en effet, pour chaque jambe, qu'un seul os, le tibia ; ni de face, ni de profil, on ne voit de péroné.

Un peu au-dessous de la partie moyenne du tibia et en dedans, et probablement sur un plan postérieur, on note sur toutes les épreuves, de chaque côté du plan médian, une tache ovalaire à grand axe oblique en bas et en dehors, ayant 14 millimètres sur 8, et dont il est actuellement impossible de donner l'interprétation.

Le point d'ossification de l'astragale est bien visible.

Entre les deux astragales et les débordant au-dessous, on voit un noyau triangulaire médian, à angles arrondis, à base inférieure, à sommet supérieur, ayant 13 millimètres de large sur 10 millimètres de haut. Il semble la fusion des deux noyaux calcanéens. C'est le seul point où il existe une fusion osseuse ; partout ailleurs, la soudure s'est faite entre les parties molles.

Aucun autre point d'ossification n'est visible dans le tarse, ce qui est normal ; par contre, on compte, dans les avant-pieds, leurs cinq diaphyses métatarsiennes, les cinq phalanges, les phalangettes des gros orteils, et vaguement, les autres phalangines et phalangettes.

Nous ferons, ultérieurement, l'examen anatomique complet et le squelette sera préparé.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

Séance du jeudi 8 *juillet* 1897.

M. Durante : **Contribution à l'anatomie pathologique de la môle hydatiforme.** — L'auteur a eu l'occasion d'étudier, dans le laboratoire de M. Porak, un certain nombre de môles qui au point de vue de l'histologie présentaient des différences assez notables. Chez la première le revêtemeut des vésicules comportait bien une couche syncytiale; elle était très mince, comme atrophiée, et ne poussait que rarement des prolongements et ceux-ci toujours très grêles. Au centre de plusieurs vésicules, ou bien d'un tissu myxomateux, on constatait l'existence de nombreux faisceaux formés de fibres concentriques et dus à l'union de plusieurs petites vésicules dont le revêtement plasmodial s'était atrophié aux points de contact, et n'était plus représenté que par quelques noyaux, tandis qu'il persistait à la périphérie. Le parenchyme conjonctif n'est plus que faiblement myxomateux et présente un peu de tendance à la transformation scléreuse. Il s'agit d'une môle en voie d'involution scléreuse avec régression de sa portion épithéliale.

La seconde, qui avait les dimensions d'un œuf de 2 mois, offrait des villosités présentant une trame conjonctive normale; elles étaient entourées d'une épaisse couche syncytiale. De cette couche partaient des prolongements de toutes formes et extraordinairement volumineux. Ces bourgeons plasmodiaux présentaient les formes les plus variées, en massue, en raquette, en long ruban. Ces masses plasmodiales, sans membranes d'enveloppe, sans trace de différenciation cellulaire, sont

bourrées de noyaux et présentent souvent des vacuoles remplies de mucine. Contrairement à ce que l'on observe dans les autres môles, la couche de Langhans ne prend pas part au processus pathologique; c'est une môle encore purement *syncytiale*. Signalons enfin l'envahissement de la caduque, nouvelle preuve de la vitalité du syncytium, pouvant faire craindre une évolution maligne. Cependant, 18 mois après l'expulsion de cette môle, la malade étant encore en parfaite santé, on peut espérer que l'élimination de ce produit pathologique aura été complète.

Ainsi, alors que la première de ces observations représente une môle en voie de sclérose, la deuxième concerne une môle en prolifération presque purement épithéliale.

Dans un parenchyme, l'hyperplasie des éléments épithéliaux avec conservation de leurs rapports physiologiques rentre dans la catégorie des adénomes. Ces adénomes peuvent ultérieurement évoluer, soit du côté de la régression fibreuse par prédominance du tissu conjonctif, soit du côté de la tumeur maligne épithéliale, lorsque l'élément épithélial, prenant le dessus, prolifère activement en abandonnant ses rapports histologiques normaux avec le tissu cellulaire voisin.

Le syncytium représentant l'ectoderme fœtal modifié à la surface des villosités, il serait permis, jusqu'à un certain point, de considérer la môle hydatiforme comme un *adénome* placentaire ou mieux villeux, qui pourrait évoluer, soit dans le sens de la transformation fibreuse (première observation, môle scléreuse), soit dans le sens épithélial pur représentant l'épithélium ectoplacentaire.

M. Pichevin : **Fibrome utérin**. — Il s'agit d'un fibrome pédiculé de l'utérus qui était le siège d'une fausse fluctuation si nette qu'il avait été pris pour un kyste de l'ovaire.

Fournié (d'Amiens) : **Bassin transversalement rétréci chez une rachitique.** — Chez une femme rachitique à diamètre promonto-sous-pubien de 11 centimètres, le médius et l'index introduits dans le vagin suivaient au contact les parois latérales en s'écartant l'un de l'autre de deux travers de doigt. Les lignes innominées semblaient antéro-postérieures et presque rectilignes derrière la symphyse pubienne. Les épines sciatiques sont saillantes, les ischions assez rapprochés pour admettre difficilement le passage de trois doigts placés en travers. On provoqua l'accouchement à 8 mois et demi; l'enfant mourut pendant le travail : basioptrisie, suites de couches normales.

MM. Vallon et Paul Petit présentent une observation de **vaginisme avec orgasme vénérien** se produisant chaque fois que la vessie est pleine. Le centre d'innervation de la vessie n'étant pas loin du centre génital, on comprend que, sous l'influence de l'hyperexcitabilité de la moelle lombaire, une excitation se produise de l'une à l'autre. Ici il est probable que la confusion des deux réflexes reconnaît comme cause la congestion vésicale.

Suite de la discussion sur le traitement de l'avortement incomplet. — M. Maygrier est d'avis qu'en cas d'avortement incomplet, il faut intervenir : 1) lorsqu'il se produit des accidents graves d'hémorrhagie ou d'infection ; 2) lorsqu'on se trouve en présence d'un avortement gémellaire; 3) lorsqu'on hésite sur l'origine de l'avortement, lorsqu'on soupçonne des manœuvres abortives ; 4) lorsque la rétention dure depuis trois ou quatre jours, et que, sans tendance à l'hémorrhagie ou à l'infection, la délivrance ne se fait pas spontanément. Ne jamais laisser une femme quitter l'hôpital avant qu'elle ne soit complètement délivrée. L'auteur est partisan convaincu du curage digital; il proscrit l'emploi de la curette, qui dans les mains les plus expérimentées a causé des perforations utérines.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

Discussion sur l'hystérectomie abdominale totale.

M. Richelot. Voir *Annales de gynécologie,* juillet 1897, p. 27.

M. Paul Reynier. — M. Richelot, dans une très intéressante communication, nous a préconisé une nouvelle technique pour l'hystérectomie abdominale totale. Cette technique, dans ses premiers temps, rappelle, comme M. Richelot le reconnait lui-même avec beaucoup de bonne foi, celle qu'ont adoptée à la suite de Polk quelques chirurgiens américains, et que j'ai moi-même expérimentée. Les reproches que nous faisons au procédé américain, nous pouvons donc en partie les faire au nouveau procédé de M. Richelot.

Utile à connaître dans quelques cas, cette technique pourra, je le reconnais, nous rendre service. Mais ce que nous connaissons de la multiplicité et de la diversité des lésions fibromateuses ne nous permet pas de croire qu'elle puisse devenir un procédé de choix, pas plus que ne pouvait le devenir le procédé définitif, fort ingénieux, que M. Richelot nous a fait connaître en 1895, et qu'il est lui-même déjà obligé de modifier.

Certes, lorsque l'utérus est de moyen volume, comme le représentaient les belles planches que M. Richelot a fait dérouler devant nous, tous les procédés sont faciles et donnent de bons résultats. Il n'en est plus de même dans les fibromes volumineux qui se sont développés aux dépens du segment inférieur de l'utérus, et qui remplissent l'excavation pelvienne. La recherche profonde des artères utérines et leur dénudation deviennent dans ces cas particulièrement difficiles.

Si, comme M. Richelot, je ne tiens pas beaucoup aux statistiques, je tiens cependant beaucoup aux observations complètes, par lesquelles j'aurais pu me rendre compte de la forme, des dimensions des fibromes que M. Richelot a dû traiter, et des difficultés qu'il a rencontrées.

Lorsque la tumeur est très volumineuse, M. Richelot nous dit bien que dans son nouveau procédé il agit comme dans le procédé définitif. Il commence par diminuer la tumeur, en enlevant les fibromes énucléables. Mais cette énucléation, nécessaire pour le procédé définitif, m'avait déjà déplu. Elle allonge l'opération, expose aux pertes de sang.

Or cette considération a de l'importance à l'heure actuelle, où, sûrs de notre antisepsie, nous craignons surtout, dans l'extirpation des fibromes, le choc opératoire, que nous réduirons au minimum en diminuant la longueur des manœuvres et le temps de l'anesthésie.

Sous l'empire de cette préoccupation, nous donnons la préférence aux procédés qui permettent d'agir rapidement, surtout lorsque le fibrome est volumineux, et qui peuvent s'adapter à la plus grande majorité des cas. Le procédé de M. Richelot ne me paraît pas répondre tout à fait à ces desiderata.

J'ajouterai encore que dans ce procédé le décollement de la vessie se fait de bas en haut, comme nous le faisons dans l'hystérectomie vaginale.

Ce sont toutes ces raisons qui dans ces derniers temps m'ont fait donner la préférence au procédé d'hystérectomie abdominale totale, que nous a fait connaître M. Doyen, et dont M. Reclus vient déjà de vous entretenir.

Toutefois, comme M. Reclus, je ne le pratique pas entièrement comme le fait l'auteur. Je prends certaines précautions, qui peuvent le rendre moins brillant, mais plus sûr, sans cependant allonger l'opération.

Après avoir extrait la tumeur hors la cavité péritonéale avec le tire-bouchon ou les pinces érignes spéciales que j'ai fait faire, je place de chaque côté, sur les ligaments larges, deux pinces qui compriment les artères utéro-ovariennes et entre lesquelles je coupe le ligament

large. Cette précaution prise, je procède comme l'a indiqué Doyen à l'extirpation de l'utérus. Un aide, avec une pince dans le vagin, fait saillir le cul-de-sac postérieur, qu'on incise aux ciseaux. Le col est saisi avec une pince érigne courbe, et attiré en arrière dans la cavité abdominale par la brèche du cul-de-sac postérieur. Le cul-de-sac antérieur se présente ; il est facile de l'inciser ou exciser, et alors s'opère surtout par traction, et un peu avec le doigt recourbé en crochet sur la face antérieure de l'utérus, le décollement de l'utérus avec la vessie, décollement qui se fait avec une rapidité telle que l'opération est déjà finie et la tumeur est extraite, quand on croit encore la commencer. Il faut avoir fait cette opération pour se rendre compte de cette rapidité.

Pendant que le décollement se fait, les ciseaux sectionnent l'extrémité inférieure des ligaments larges, au ras des bords de l'utérus. A ce moment les artères utérines donnent un jet de sang ; l'aide, qui suit vos mouvements et qui a une pince en main, très facilement pince cette artère pendant que le décollement se continue.

La tumeur enlevée, on doit remplacer les pinces par les ligatures. Jusqu'à présent j'avais mis des fils de soie, dont je laissais les bouts assez longs pour les attirer dans le vagin en invaginant par en bas les deux sections du ligament large. Mais ces fils sont très longs à se détacher ; j'en ai vu tenir plus de deux mois. Aussi je crois, comme M. Richelot, qu'il est préférable de remplacer les fils de soie par les catguts.

Doyen finit son opération en fermant le péritoine, par-dessus les ligatures, avec un surjet au catgut. Je ne vois pas l'utilité de cette fermeture complète. Je rétrécis l'ouverture vaginale par quelques points au catgut ; mais systématiquement je laisse au centre une mèche de gaze iodoformée, qui draine et me paraît donner une sécurité de plus. Celle-ci ne pénètre pas dans la cavité péritonéale ; elle affleure seulement l'ouverture que laisse le rapprochement incomplet des ligaments larges. Toutefois elle est suffisante pour laisser filtrer le sang ou la sérosité qui se produit après toute intervention abdominale.

Comparez le peu de manœuvres que nécessite ce procédé, et la rapidité de ces manœuvres avec celles que demande le procédé de M. Richelot ; il me paraît difficile, à la suite de cette comparaison, de ne pas donner pour les gros fibromes la préférence au procédé de Doyen.

J'arrive maintenant à la seconde partie de la communication de notre collègue. Après avoir parlé de sa technique pour les fibromes, il

nous a vanté son procédé d'hystérectomie abdominale, pour les lésions des annexes.

Hystérectomiste convaincu, notre collègue est porté toujours à considérer l'hystérectomie comme le traitement de choix des annexites. L'unilatéralité de la lésion serait pour lui la contre-indication qui sauverait l'utérus de sa condamnation.

Toutefois je pense que M. Richelot reconnaîtra, avec moi, que ce n'est pas seulement l'unilatéralité des lésions qui empêche de faire la castration utérine. Il faut encore que l'utérus soit malade, il faut qu'on se trouve en présence de lésions graves, de suppuration des annexes avec périannexites, pour lesquelles la voie vaginale paraît offrir moins de danger. Dans les hydrosalpynx, les ovarites kystiques, les salpingites hémorrhagiques, dont le diagnostic peut, ainsi que je l'ai écrit, se faire à l'heure actuelle facilement, la laparotomie reste toujours l'opération de choix, mais la laparotomie sans ablation de l'utérus.

Il est en effet loin d'être démontré que l'organe utérin soit un organe inutile, gênant, après l'ablation des annexes. Il est loin d'être démontré qu'une femme privée de son utérus et de ses annexes soit dans de meilleures conditions que si elle a conservé son utérus; celui-ci peut encore être le siège, dans quelques cas, d'hémorrhagies menstruelles, qui sont chez les jeunes femmes un grand soulagement aux malaises que provoque une ménopause trop précoce.

C'est donc dans les lésions suppurées que l'opération de M. Richelot nous paraît discutable; car nous ne pensons pas qu'il l'applique à d'autres cas. C'est dans les lésions où, dans ces derniers temps, nous nous décidions à regret à l'hystérectomie vaginale, considérant cette opération moins dangereuse pour la malade. Mais nous la faisions avec regret; car avec le temps il nous avait bien fallu reconnaître que l'ablation de l'utérus seul, si on ne peut enlever les annexes malades, ne guérit pas; or dans les suppurations cette ablation est le plus souvent impossible.

L'annexe restée en place devient le siège de nouvelles douleurs, les malades sont obligées de subir une seconde opération; et on doit par la laparotomie compléter ce que par la voie vaginale on n'a pu faire.

De ces faits, qui peuvent encore être contestés, je viens d'avoir une observation probante, que je demande incidemment la permission de rapporter ici.

Il s'agissait d'une femme qui depuis de longues années avait des

poussées de pelvipéritonite provoquées par des lésions annexielles. A plusieurs reprises elle avait perdu du pus par le rectum. L'utérus était immobilisé entre deux masses volumineuses inflammatoires.

Je fis d'abord une hystérectomie. L'ablation de l'utérus fut très difficile et se fit par morcellement. Du pus s'écoula pendant cette ablation. Mais après, il me fut impossible, l'utérus enlevé, de reconnaître, et par suite d'enlever les annexes malades. Je dus fatalement les laisser. La malade guérit de cette première intervention, son état général se remit. Elle continua toujours à souffrir. Huit mois après son opération elle revenait me demander d'intervenir à nouveau. Dans le cul-de-sac droit elle présentait une masse grosse comme une orange, dure, très adhérente.

Je lui fis la laparotomie. Très péniblement, je pus alors enlever deux gros ovaires polykystiques, très adhérents de partout et contenant encore des cavités remplies de pus.

Cette extirpation fut laborieuse, et montra d'une façon indiscutable à tous les assistants la supériorité de la voie abdominale, sur la voie vaginale, pour enlever de pareilles lésions. La malade, à l'heure actuelle, est complètement guérie.

Convaincu comme je suis de cette supériorité de la laparotomie pour traiter les annexites, je me suis souvent laissé entraîner à la pratiquer, même dans des lésions suppurées. Il faut que le danger me paraisse bien grand, comme dans le cas dont je vous parlais plus haut, et où existait une perforation rectale, pour que je me décide à la voie vaginale.

Aussi me suis-je souvent trouvé aux prises avec des lésions particulièrement adhérentes, infectées, qui m'obligeaient de terminer l'opération en pratiquant un drainage. Ayant depuis longtemps renoncé au drainage à la Mikulicz, qui me paraît insuffisant contre l'infection, je fais dans ces cas surtout le drainage vaginal, et même vagino-abdominal.

Pour le bon établissement de ce drainage, la présence de l'utérus gêne ; son ablation permet, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'hystérectomie vaginale, de drainer plus largement et plus sûrement.

C'est ainsi que j'ai été amené, pour mettre les malades dans de meilleures conditions, à faire suivre la laparotomie pour l'ablation des annexes, d'une hystérectomie vaginale pratiquée dans la même séance. Cette hystérectomie complémentaire se fait, les annexes enlevées et l'utérus étant par suite très mobilisable, très facilement, avec une grande rapidité.

Je dois à cette pratique mes plus beaux succès. Dès 1894, au Congrès de Rome je l'ai préconisée en présentant les observations de deux malades où, pendant l'opération, constatant une perforation rectale, j'avais de propos délibéré, pour établir un drainage suffisant, fait cette hystérectomie complémentaire. Mes deux malades avaient guéri. Depuis j'ai pratiqué cette ablation de l'utérus, non seulement dans les cas de lésion intestinale, mais encore toutes les fois que j'ai eu des raisons sérieuses de craindre une contamination du péritoine.

Comme M. Richelot, je suis donc partisan, dans certains cas de lésions annexielles, de joindre à l'extirpation des annexes celle de l'utérus.

En quoi nous différons, c'est que cette extirpation je la fais contraint et forcé, et non systématiquement, comme il paraît disposé à la pratiquer. Je finis par où commence M. Richelot. Enfin, tandis que c'est par la voie abdominale qu'il fait cette hystérectomie, je la fais par la voie vaginale, qui me donne une très grande facilité.

En sera-t-il de même pour M. Richelot, lorsqu'il se trouvera en présence de ces lésions annexielles graves, que j'ai seules en vue, et pour lesquelles sa communication seulement m'intéresse? Les planches qu'il nous a présentées ne me convainquent pas. Elles montrent des trompes peu malades, puisqu'elles ont conservé cette horizontalité qu'on ne trouve pas dans les lésions graves, où elles sont contournées, s'enroulant sur le ligament large, s'enfonçant dans le cul-de-sac de Douglas.

Dans ces cas, M. Richelot n'aura-t-il pas de la peine, au milieu des tissus saignants dans un ligament large friable, à chercher et à dénuder l'artère utérine, soulevée par une collection purulente ?

L'utérus étant soulevé, pourra-t-il décoller ces annexes adhérentes plus facilement de bas en haut que de haut en bas? Aura-t-il la facilité de les ponctionner préalablement, et de se préserver ainsi d'une rupture de pus dans la cavité péritonéale, d'autant plus à craindre que la position renversée paraît être indispensable pour mener à bien l'opération de M. Richelot?

Toutes ces manœuvres, si utiles pour la sécurité de l'opération abdominale, me paraissent devoir être plus faciles quand on aborde, comme nous en avons l'habitude, les annexes en arrière du ligament, quand on les a sous les yeux, et non sous les doigts, comme cela me paraît, peut-être à tort, devoir être dans le procédé de M. Richelot.

Evidemment, la pratique seule nous renseignera définitivement sur

la valeur de l'opération très intéressante que notre collègue nous a fait connaître, et il m'excusera de lui avoir soumis ces quelques réflexions.

M. P. Reclus. — M. Richelot, dans une de nos précédentes séances, vous a exposé sa nouvelle technique d'hystérectomie abdominale totale, et, avec son esprit, sa bonne humeur habituelle, il a lui-même porté la main sur son premier procédé qu'en un moment d'enthousiasme il avait qualifié de « définitif ». Sa formule actuelle me paraît vraiment simple, mais comme je n'y ai pas encore eu recours, ce n'est ni pour la critiquer ni pour la défendre que je prends la parole. Je veux tout uniment dire que le problème de l'hystérectomie abdominale totale, posé depuis quelques années devant les gynécologistes, a reçu plusieurs solutions « élégantes », comme disent les mathématiciens. Pour ma part, depuis un an, j'ai accepté celle qu'a proposée Doyen ; j'ai, par son procédé, pratiqué dix hystérectomies abdominales totales, et je viens vous exposer le résultat de ces douze mois d'expérience.

Cette expérience paraît absolument favorable à la méthode que vous connaissez tous, sans doute, et sur laquelle je n'ai pas besoin d'insister. Après incision suffisante de la paroi abdominale, on aborde le fibrome débarrassé au besoin de ses adhérences. On le saisit avec de fortes pinces, ou même avec un énorme tire-bouchon à large poignée et dont on enfonce la pointe dans la masse de la tumeur que l'on tire, autant que possible, hors du bassin, et que l'on couche sur le pubis. Il est bien entendu que toutes ces manœuvres sont facilitées par la position de Trendelenburg. La face postérieure du fibrome et la cavité pelvienne sont alors très accessibles à l'œil et à la main. A ce moment, un aide fait pénétrer une grande pince courbe à pédicule dans le vagin ; il presse, et le bec de cette pince pénètre dans le cul-de-sac vaginal postérieur qu'il soulève. L'opérateur le voit et le touche, et c'est sur lui qu'avec des ciseaux ou un bistouri il pratique une boutonnière sur le cul-de-sac. Cette boutonnière est élargie par les doigts du chirurgien ou par l'écartement des branches de la pince. Par cette brèche on aperçoit et l'on touche le col utérin ; on le saisit avec une pince ordinaire, ou mieux avec une pince spéciale, très commode, on l'attire, et avec des ciseaux courts et solides on en circonscrit les insertions vaginales au ras de l'utérus, surtout en avant pour éviter la vessie. Lorsque cette désinsertion est complète, on passe un doigt en avant, entre l'utérus et la vessie qui se décolle avec la plus grande facilité, et l'on tire le péritoine à hauteur voulue, à quelques centimètres au-dessus de la vessie.

La matrice fibromateuse ne tient plus alors que par les ligaments larges; d'un coup de ciseaux on sectionne d'abord celui de droite, puis celui de gauche, et on a la tumeur dans la main.

Doit-on, avant de pratiquer cette section des ligaments larges, faire ou ne pas faire d'hémostase provisoire; faut-il ou ne faut-il pas mettre des pinces sur les ligaments larges, de façon à oblitérer les vaisseaux avant de les ouvrir? Le promoteur du procédé élève la prohibition des pinces à la hautaur d'un dogme; les adversaires voient dans cette prohibition une erreur capitale. Ce point me paraît plutôt négligeable. J'ai été initié au procédé de Doyen par mon ami Ch. Nélaton; avec lui, dans les premiers cas, nous avons pratiqué l'hémostase provisoire. Or, il nous arrivait d'ordinaire de bien saisir les artères ovariennes, qui donnent peu de sang, et de ne pas étreindre l'utérine qui en donne beaucoup plus. A présent, comme Doyen, je ne mets pas de pinces. Lorsque, après une désinsertion vaginale, j'ouvre l'utérine, je vois la perte de sang, et comme je manœuvre à l'aise dans le petit bassin, je mets une pince et tout est dit. Mais je ne parle, bien entendu, que des cas de notre pratique ordinaire. Hier, à l'Académie, le professeur Pinard nous parlait fort éloquemment d'hystérectomie totale dans des cas d'utérus gravide: ici, les vaisseaux sont énormes; en quelques secondes une violente hémorrhagie, très préjudiciable à une malade affaiblie, peut se faire. Que, dans ces cas, l'hémostase préventive soit nécessaire, ou même indispensable, je le crois volontiers et je m'en réfère absolument sur ce point à ceux de mes collègues qui ont pratiqué cette opération.

Lorsque l'utérus est détaché et l'hémostase faite, je considère l'opération comme terminée. Il n'en est pas de même pour la plupart des auteurs; Doyen, dans son procédé, aussi bien que Richelot dans le sien, rapprochent les lèvres écartées du péritoine, suturent les ligaments larges et ferment le vagin. Ils accordent même une certaine importance à ce temps de l'opération, et il me semble avoir lu que Martin (de Berlin) prétend avoir beaucoup amélioré ses statistiques depuis qu'il clôt ainsi la cavité abdominale. Pour ma part, en faisant les ligatures artérielles, je réunis tous les feuillets péritonéaux; c'est même une façon excellente d'avoir une hémostase plus soignée, mais je laisse le vagin ouvert, et un orifice béant assure, par le passage d'une lanière de gaze iodoformée, le drainage du petit bassin. C'est pour moi une sécurité de plus; je sais bien que les auteurs qui préconisent la fermeture du vagin insistent sur la possibilité des hémorrhagies par la tranche pos-

térieure de la désinsertion vaginale. La suture oblitère les vaisseaux de cette tranche, c'est vrai ; mais j'ai soin de saisir cette lèvre postérieure avec une pince, et, si je la vois saigner, j'en suis quitte pour mettre un catgut sur le ou sur les vaisseaux ouverts. Si j'indique ainsi ma pratique, ce n'est point pour être imité, car je sais les résultats excellents qu'on a obtenus avec la fermeture.

Mais les auteurs me paraissent vraiment trop insister sur ce point. Doyen, en particulier, considère cette fermeture comme un temps essentiel de son procédé. En vérité, c'est exagéré. Est-ce que Doyen, est-ce que Richelot ne considèrent pas l'hystérectomie vaginale comme « l'intervention heureuse sans suites pénibles et sans mortalité » ? Mais, je vous le demande, dans cette intervention heureuse, ferme-t-on le péritoine ? oblitère-t-on le vagin ? Non, et cependant l'opération est sans suites pénibles et sans mortalité. Or, après l'hystérectomie abdominale totale, le péritoine et le vagin, si comme moi on ne les oblitère pas, se trouvent juste dans le même état où ils sont après l'hystérectomie vaginale. Et je crois pouvoir en conclure que cette fermeture n'est pas nécessaire, qu'elle est au moins inutile et que, dans les cas où des délabrements considérables, une intervention trop longtemps prolongée, la présence de quelque salpingite concomitante, ont pu prédisposer à l'infection du petit bassin, il est peut-être préférable de conserver le vagin ouvert et d'en profiter pour drainer le foyer opératoire.

Comme M. Richelot, j'emploie le catgut pour mes ligatures et non les fils de soie ; au début, j'avais, à l'exemple de Doyen, mis des fils de soie que je faisais ressortir par le vagin. Mais ces fils persistent indéfiniment et s'infectent. J'ai, dans les Charentes, une femme opérée depuis quinze mois et qui porte encore un fil autour duquel, m'écrit son médecin, se fait une suppuration insignifiante, mais intarissable.

Grâce à ce procédé, j'ai pratiqué dix hystérectomies abdominales totales que je divise en deux catégories : dans la première, qui ne comprend que deux cas, il y avait bien fibrome utérin, mais les lésions les plus importantes étaient certainement les salpingites concomitantes. La première de ces deux opérations fut d'une exécution particulièrement difficile. Il y avait, outre un gros utérus farci de fibromes, deux énormes masses salpingiennes avec adhérences à l'épiploon, aux intestins, à l'utérus et aux parois du petit bassin. Malgré de grands délabrements et une intervention d'une durée très longue, les suites furent excellentes, et je croyais la guérison de la malade assurée, lorsque, au vingt-cinquième jour, la veille de son départ de l'hôpital, elle tomba

morte dans la cour de la Pitié, sans doute à la suite d'une embolie. Je ne dirai rien de la seconde malade, dont cependant la salpingite du côté gauche était si volumineuse que le diagnostic de kyste dermoïde avait été porté ; l'ablation des annexes et de l'utérus se fit, au demeurant, sans encombre, et la guérison totale et définitive fut rapide. Je dirai, à propos de cette classe, que le procédé de Richelot pour l'extirpation des annexes me paraît trop précis. Sa technique est vraiment trop théorique ; on fait alors comme on peut et je crois que tout plan trop précisé à l'avance sera presque fatalement violé. J'ajouterai que les adhérences avec l'épiploon et les intestins étant des plus graves et des plus importantes, il me semble plus rationnel de commencer par elles ; on peut alors plus facilement, après la libération des intestins et de l'épiploon, refouler les viscères et les isoler du foyer opératoire.

J'en arrive à l'hystérectomie pour fibromes seuls. Elle a été pratiquée 8 fois dans mon service depuis un an : 1 fois par mon assistant, M. Faure, et 7 fois par moi. Et malgré le volume souvent considérable du fibrome, malgré des difficultés opératoires parfois très grandes, le procédé de M. Doyen m'a donné 8 succès sur 8 interventions. J'ai donc tout lieu de m'en déclarer fort satisfait. Dans un cas, une ligature mal faite me fit ouvrir l'anse sigmoïde et je dus faire une suture latérale de cet organe. Dans un autre cas, vers le sixième jour, je m'aperçus que de l'urine sortait par mon drainage vaginal ; la vessie avait sans doute été blessée, mais peu à peu l'écoulement devint moins abondant, puis il se tarit tout à fait et l'opérée ne tarda pas à sortir guérie. Voilà les seuls accidents et les seuls incidents que j'ai eu à relever dans mes 8 cas qui m'ont donné 8 guérisons.

Je conclus : l'hystérectomie abdominale totale me paraît une excellente opération et dont la mortalité ne me paraît pas devoir être plus grande que celle de l'ovariotomie il y a quinze ans. Plusieurs procédés vraiment fort simples nous permettent de pratiquer cette intervention ; il en est deux ou trois qui me paraissent se valoir ; en tout cas, je puis témoigner que celui du chirurgien de Reims doit être rangé parmi les meilleurs.

M. Paul Segond. — M. Richelot nous a exposé ses opinions personnelles sur les indications de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des suppurations pelviennes, et sur le manuel opératoire qu'il conseille en pareil cas. Il nous a décrit, en outre, le procédé d'hystérectomie abdominale qu'il vient d'adopter pour l'ablation des gros utérus fibreux, procédé que nous connaissions déjà par l'article

que notre collègue a publié dans le n° 2 de la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* (p. 195). Inutile d'ajouter que sa communication était à la fois intéressante et fort claire ; Richelot est coutumier du fait. Mais, qu'il me pardonne cette critique, je trouve qu'il aurait dû scinder son étude, et, pour ma part, je me déclare incapable d'envisager en même temps tous les sujets qu'il a touchés, sujets trop importants et trop disparates pour se prêter, sans confusion, à une discussion d'ensemble. Le travail de Richelot comprend, en effet, au moins deux questions tout à fait distinctes : une question de thérapeutique chirurgicale et une question de technique opératoire, laquelle exigerait même deux subdivisions, puisque l'ablation d'un utérus fibreux et une castration totale pour suppuration pelvienne sont deux actes peu comparables.

Certes, la question de thérapeutique chirurgicale soulevée par Richelot offre un intérêt de premier ordre, et, nous devons même l'avouer, il est grand temps qu'elle vienne à l'ordre du jour de nos séances. Cinq ans, au moins, se sont écoulés depuis que Polk, Edebohls, Krug et Baldy ont, pour la première fois, préconisé l'hystérectomie abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes ; ils ont très vite rallié la majorité des chirurgiens américains à leur pratique, et pourtant, si j'en excepte Delagenière, qui a eu le très grand mérite de se faire, en France, le premier vulgarisateur de la méthode américaine, personne encore, parmi nous, ne s'est, à ma connaissance, sérieusement engagé dans la même voie. Pour tardive qu'elle soit, on ne saurait donc trop approuver l'initiative de M. Richelot. Je serais d'autant plus heureux de la voir suivie de sérieuse discussion que, sans être plus précoce que notre collègue, il y a cependant plus d'un an que j'imite, dans certains cas, la pratique américaine. Elle m'a donné les meilleurs résultats ; je la considère comme une intervention d'exception, mais comme une intervention supérieure quand elle est bien indiquée ; et par conséquent, je saisirais, avec empressement, l'occasion de vous soumettre et mes documents, et la manière de voir qu'ils m'ont inspirée. Je voudrais, en particulier, montrer dans quelle mesure les ressources de la castration abdominale totale doivent, à mon sens, modifier les indications de l'intervention similaire exécutée par le vagin. Mais, je le répète, une aussi grosse question ne peut être abordée incidemment, et réservant pour une discussion spéciale et, je l'espère, prochaine, la part que je puis y prendre, je vais me borner à reprendre avec vous la question de technique opératoire dont M. Richelot nous a entretenus.

Je crois même nécessaire d'ajouter que je compte prendre cette limitation de mon sujet tout à fait au pied de la lettre, sans me permettre, à l'exemple de M. Reynier, la moindre échappée sur les indications cliniques ou les conséquences physiologiques de l'intervention. Ces questions, à coup sûr fort intéressantes, n'en sont pas moins des questions à côté qui nous entraîneraient beaucoup trop loin. Le seul point que je vise, et qui soit du reste en litige, est d'ordre opératoire, et par conséquent, pour le discuter avec profit, je ne puis pas plus remettre en cause les avantages mécaniques ou les inconvénients physiologiques de la suppression de l'utérus, que les avantages de l'hystérectomie totale dans l'ablation des fibromes ou le traitement des suppurations pelviennes. J'admettrai donc comme démontré, — ce qui est, du reste, chose acquise pour les fibromes, et vérité de demain pour les suppurations, — que chez toutes les femmes atteintes de gros fibromes qu'il faut enlever et chez quelques-unes de celles qui ont des suppurations pelviennes avec masses inflammatoires très volumineuses, les indications, comme la supériorité de l'hystérectomie abdominale totale sont indiscutables ; et, me supposant en présence de l'une de ces malades, je m'attacherai seulement à l'étude de la meilleure technique à suivre. C'est bien là, d'ailleurs, le terrain sur lequel Richelot s'est, avant tout, placé ; mais, par exception, nous sommes assez loin de nous y entendre.

Une première divergence porte sur ce fait, qu'à mon sens, l'excessive variété des cas particuliers ne permet pas d'admettre la constante supériorité de tel ou tel procédé. Que la méthode générale d'ablation, capable de donner toute sécurité, soit invariable dans ses grandes lignes, rien de plus juste, et c'est même la thèse que je vais soutenir. Mais, ce qui est vrai pour la méthode, ne l'est absolument pas pour les procédés particuliers. A cet égard, comme à beaucoup d'autres, la castration totale abdominale se rapproche beaucoup de la vaginale. Elle relève d'une seule méthode et point du tout d'un seul procédé. Telle manœuvre, excellente dans un cas donné, devient mauvaise dans un autre ; et, cette première critique me semble tellement juste, que je crois inutile de la développer davantage.

Il n'en va pas de même de la deuxième objection que je demande à mon ami Richelot la permission de lui faire. Elle vise, en effet, les qualités mêmes du manuel opératoire qu'il préconise. Pour lui, il est impossible, ou tout au moins difficile, de trouver mieux. Son procédé se recommande « par l'abandon systématique de tout ce qu'il est inu-

tile de faire », et s'il a une prétention, dit-il encore, c'est d'être « le dernier mot de la simplicité ». Or, à mon sens, cette prétention n'est pas justifiée. Que Richelot obtienne de parfaits résultats, je n'en doute pas un instant; il a son procédé bien en main; il est opérateur très habile, et par conséquent, même dans les cas les moins favorables, il doit exécuter son opération avec la plus indiscutable perfection. Mais, son procédé n'en reste pas moins un procédé d'auteur.

Les pinces qu'il échelonne sur les ligaments larges, pour assurer l'hémostase provisoire, rappellent encore un peu « ce qu'il est inutile de faire », et j'affirme enfin, que s'attaquer d'abord au cul-de-sac vésico-utérin, ainsi qu'aux deux artères utérines, n'est point du tout « le dernier mot de la simplicité ». En agissant de cette manière, on fait en quelque sorte, un Doyen retourné ; mais, on perd du même coup tous les bénéfices que donne la vraie manœuvre de Doyen au triple point de vue du décollement vésical, du respect des uretères et de la simplicité de l'hémostase. Me voilà donc assez loin des opinions de Richelot, et je vais m'en séparer tout à fait, en avançant qu'à cette heure, et depuis assez longtemps, nous possédons une technique beaucoup plus simple que la sienne

Il est donc obligatoire, pour moi, de ne point me permettre une aussi contradictoire affirmation sans la documenter avec quelque soin, et c'est là ce que je vais tenter en vous disant à mon tour quelle est la meilleure manière de faire l'hystérectomie abdominale totale. Dans cet exposé, il y aurait lieu, comme je le disais, au début, d'envisager séparément le cas particulier des gros fibromes et celui des suppurations pelviennes, mais, comme la marche opératoire que je crois la meilleure est la même dans ces deux circonstances, permettez-moi d'éluder la nécessité clinique de cette division : de la sorte, je ménagerai mieux votre temps et grâce à votre parfaite connaissance de la chirurgie abdominale, j'espère demeurer suffisamment intelligible. Je prendrai donc simplement comme type de description, le cas d'un gros utérus fibreux semblable à celui que M. Devy a dessiné sur les trois planches que je vous présente.

Peut-être la détermination du choix opératoire que j'étudie, réclamerait-elle, comme autre condition de clarté, le rappel préalable de tous les procédés dont la technique de l'hystérectomie s'est récemment enrichie. Mais, vous connaissez trop bien la question, et les perfectionnements dont je parle comptent parmi vous-mêmes trop de promoteurs, pour que je m'attarde à les résumer. Les procédés d'hystérec-

tomies sont, au surplus, si nombreux et la part de chacun si délicate à déterminer que ce chapitre d'histoire chirurgicale m'entraînerait sûrement trop loin et cela, il faut bien le dire, sans grand profit. Laissant de côté les descriptions particulières, je crois donc suffisant de dresser une sorte de liste de tous les perfectionnements poursuivis par les promoteurs des divers procédés connus. Le programme à remplir se trouvant ainsi précisé, il sera facile de voir s'il est une méthode capable de le réaliser mieux que les autres.

La liste en question est du reste simple à reconstituer, et parmi les perfectionnements qu'elle comprend je citerai surtout les suivants: — Simplification aussi grande que possible du manuel et surtout de l'arsenal instrumental. — Abandon de toutes les manœuvres d'auteurs et assimilation de l'hystérectomie à l'ablation d'une tumeur quelconque. — Souci de rendre l'intervention exclusivement abdominale, sans la combiner à des manœuvres vaginales plus ou moins complexes. — Suppression des ligatures en masse, avec fils énormes. — Découverte méthodique et ligature successive des vaisseaux d'après les règles habituelles de l'hémostase. — Enfin, mise en œuvre des moyens voulus pour éviter le contact des intestins avec de gros moignons rugueux ou des surfaces cruentées plus ou moins étendues.

S'il est bien vrai que toute hystérectomie, pour être une bonne opération, doive répondre à l'ensemble des conditions précédentes, et j'imagine qu'à cet égard il ne saurait y avoir de dissidence, la question de choix me semble tranchée. Il existe, en effet, un procédé et une méthode qui réunissent avec une rare perfection les desiderata que je viens de résumer : ce sont le procédé de Doyen et la méthode que les chirurgiens américains ont décrite depuis plusieurs années.

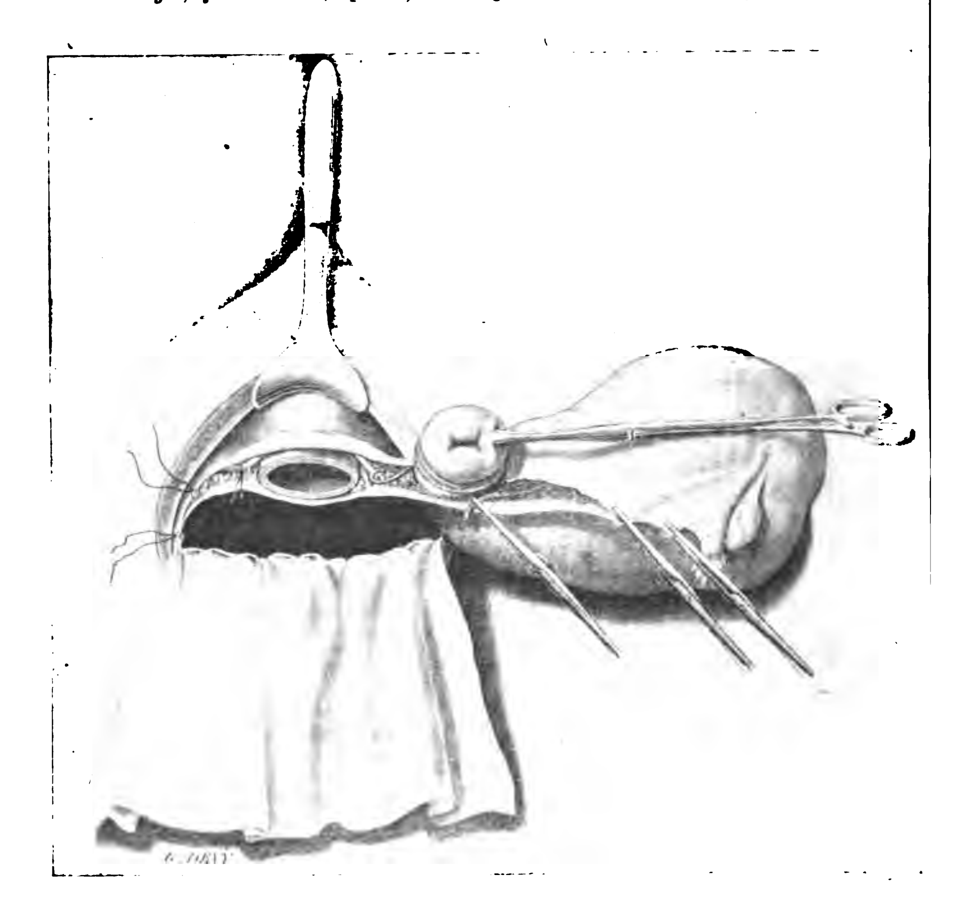
Le procédé de Doyen a déjà parmi vous des défenseurs très convaincus et tous vous en connaissez les détails. Je puis donc me contenter de rappeler qu'il est supérieur à tous les procédés usités en France au moment de sa publication, et, — sans insister autrement sur les critiques dont M. Doyen est passible à quelques égards, notamment quand il formule des préceptes capables de faire croire aux débutants de l'hystérectomie que le mépris du sang est une doctrine salutaire, ou que l'ablation totale d'un utérus énorme doit s'exécuter, hémostase comprise, avec une surprenante rapidité, — je note simplement ce fait indiscutable, c'est que chez les femmes dont le cul-de-sac de Douglas est facilement accessible, la manœuvre de Doyen remplit au mieux toutes les conditions voulues de simplicité, de rapidité et de sécurité.

Quant au procédé américain, il est assez vieux pour être, lui aussi, bien connu. Et cependant, il est fort peu cité. Quelques créateurs de procédés nouveaux en parlent, à la vérité, incidemment, mais on n'a pas, que je sache, souvent montré que cette méthode merveilleuse résume à elle seule, et depuis longtemps, tous les perfectionnements les plus désirables. Je crois donc faire œuvre utile en rappelant ici ses traits principaux, et je m'y sens d'autant mieux disposé, qu'après avoir eu la bonne fortune de la voir exécutée par ses propres créateurs, je l'ai moi-même mise en pratique, assez souvent déjà, pour être personnellement convaincu de sa supériorité (1).

Sous le nom de *Méthode américaine*, j'entends parler de l'opération telle qu'elle est aujourd'hui pratiquée, non pas seulement par quelques chirurgiens, à la suite de Polk, comme nous l'a dit M. Reynier, mais bien par la presque totalité des chirurgiens américains. Si je donne à l'intervention ce qualificatif national sans mieux préciser les noms de ses promoteurs ou de ceux qui l'ont perfectionnée, c'est précisément à cause de cette généralisation, et là-bas comme ici, la recherche des paternités serait délicate autant que trop longue. Du reste, l'étude des progrès de l'hystérectomie abdominale aux États-Unis a déjà servi de texte à de fort intéressantes publications, et, partant, rien n'est plus simple que de se renseigner. Je me permettrai cependant de vous signaler, comme plus particulièrement instructive, la revue très documentée que Noble, de Philadelphie, a récemment publiée dans le numéro de mai du *British Gynæcological Journal* (p. 48). Quant au manuel opératoire, il est clair qu'il offre, suivant les chirurgiens, quelques variantes. Mais ses grandes lignes n'en demeurent pas moins constantes. Pour les retracer, je me guiderai sur la description donnée par Howard A. Kelly (de Baltimore), au Congrès de Washington, le

(1) Mes observations actuelles d'hystérectomie abdominale totale, par la méthode américaine, pour fibromes et suppurations pelviennes, sont au nombre de 30, dont 10 pour suppurations et 20 pour gros fibromes dépassant l'ombilic. J'ai eu deux morts dans chacune de ces deux séries. Les deux opérées pour suppurations pelviennes sont mortes de péritonite. Les deux autres ont succombé, l'une par péritonite, et l'autre par hémorrhagie survenue au niveau d'un gros moignon épiploïque dont la ligature avait été, cependant faite avec le plus grand soin. Je crois inutile d'insister ici sur ces observations. Elles seront ultérieurement publiées, et si je les signale, c'est uniquement pour affirmer que dans ces 30 cas, cependant très difficiles, je n'ai eu qu'à me louer de la méthode.

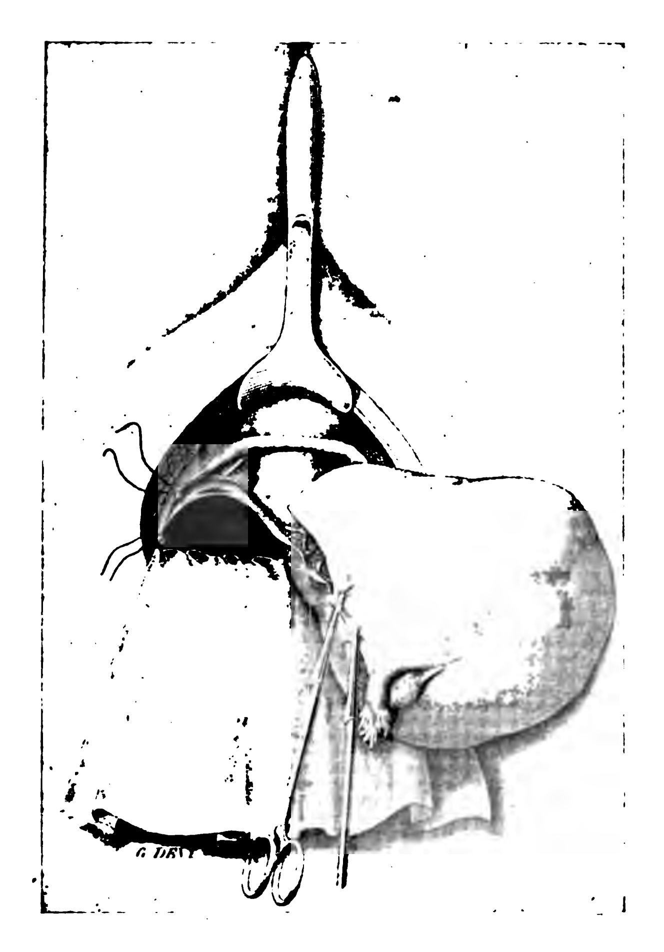
12 novembre 1895, description fort claire et très personnelle, que ce remarquable chirurgien a peu après reproduite, avec planches à l'appui, en février 1896, dans le *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*. La première planche que je vous présente (voir *Ann. de Gynécologie*, juillet 1897, p. 55) est copiée sur celle de Kelly ; et, la



regarder, c'est comprendre l'opération. Elle montre, en effet, que la caractéristique première du procédé de Kelly, c'est de pratiquer l'ablation en bloc, et par incision continue, de gauche à droite, ou de droite à gauche, « by continuous incision from left to right, or from right to left », suivant que la disposition des lésions rend

plus facile l'une ou l'autre de ces deux directions. Pour ne parler que du sens opératoire le plus habituellement favorable, voici par conséquent comment les choses se passent.

Le chirurgien, placé à la droite de la patiente, s'attaque d'abord, au



bord supérieur du ligament large gauche, en dehors des annexes. L'artère utéro-ovarienne et celle du ligament rond étant liées isolément, il sectionne le ligament large gauche de haut en bas, et tombe ainsi sur l'artère utérine qui est aussitôt ligaturée puis sectionnée. Prenant alors une sorte de pelle tranchante, qu'un bistouri quelconque

peut d'ailleurs remplacer, Kelly tranche le col au-dessous du niveau de l'artère utérine qu'il vient de couper. Cette section conduit mathématiquement sur l'artère utérine droite qui est, à son tour, liée puis coupée. Enfin, pour achever l'ablation, il suffit de renverser de son côté la masse utéro-ovarienne et de la libérer en sectionnant le ligament large droit de bas en haut. Par un surjet approprié, on suture le petit moignon du col respecté, les lèvres de la section péritonéale sont de même affrontées, toute surface cruentée disparaît et l'opération est terminée.

Dans cette manière de faire, l'ablation n'est pas absolument totale, mais il ne s'en faut pas de beaucoup, et, quand on veut ou quand on peut se passer du drainage vaginal, la très petite rondelle de col respectée n'a que des avantages. Sa conservation simplifie beaucoup l'hémostase en évitant la section des ramuscules inférieures des utérines, et de plus, elle permet de réaliser l'occlusion complète du péritoine et du vagin, avec une perfection remarquable.

Pour les chirurgiens qui redoutent la fermeture du péritoine et qui pensent, avec beaucoup de raison, je crois, qu'un large drainage vaginal donne à l'intervention beaucoup plus de sécurité, rien de plus simple que de modifier le procédé de Kelly dans ce sens. Au lieu de trancher le col, après section de l'utérine gauche, il suffit de poursuivre le décollement des parties molles au-dessous d'elles, et quelques coups de ciseaux conduisent très vite dans le vagin. On peut alors s'amarrer sur le col, l'attirer vers soi, le libérer de ses attaches vaginales et terminer ensuite comme Kelly. C'est là ce que je fais presque toujours, et je puis donner la manœuvre comme fort simple. Mes deux autres planches en montrent bien les détails.

Le plan général de l'opération étant ainsi tracé, il est facile d'en généraliser l'application aux cas particuliers. Toutefois, afin d'éviter tout malentendu, je crois utile de préciser un peu plus, et si j'avais, par exemple, à enseigner la méthode, voici comment je formulerais la série des temps opératoires à exécuter :

Mettre la malade en position renversée, se placer à sa droite, inciser la paroi abdominale, se comporter vis-à-vis des adhérences intestinales ou épiploïques suivant les règles habituelles, et sans se préoccuper autrement des masses qui encombrent le petit bassin, du volume des tumeurs ou de leurs connexions pelviennes, se porter d'emblée sur le bord supérieur du ligament large gauche, en dehors des annexes. C'est toujours possible, quel que soit le volume des

fibromes ou la répartition des lésions suppuratives. L'aileron supérieur du ligament large ainsi découvert, lier l'artère utéro ovarienne en dehors des annexes, la saisir du côté de l'utérus avec une pince hémostatique quelconque, la couper entre la ligature et la pince, puis sectionner tout l'aileron correspondant. Traiter de même l'artère du ligament rond, et couper toute la hauteur du ligament large de haut en bas, jusqu'à l'artère utérine.

Bien reconnaître celle-ci, et comme les feuillets du ligament large flottent librement, comme il n'y a nulle part de grosse pince étreignant les tissus et masquant les rapports, cette recherche est simple. Si le ligament large est occupé par une tumeur liquide ou solide, il faut s'en débarrasser suivant les règles habituelles, pour procéder ensuite à la recherche précédente. L'artère une fois libérée, la lier en dehors, la pincer du côté de l'utérus et la couper entre le fil et la pince. Poursuivre le décollement au-dessous de l'utérine et au ras de l'utérus, puis, d'un coup de ciseaux, pénétrer directement dans le vagin, sans le secours d'aucun instrument faisant bomber le cul-de-sac vaginal correspondant, et sans autre guide que la perception digitale du col, au travers des parties molles. Comme le dit Richelot, les ciseaux coupent l'insertion vaginale quand ils la rencontrent.

A ce moment, l'hémostase n'est jamais complètement assurée par le fil unique de l'utérine, les petites branches collatérales donnent souvent beaucoup plus de sang qu'on ne se plaît à le dire, et il va de soi qu'on doit en assurer l'occlusion par des ligatures appropriées. Procéder ensuite à la succession des temps suivants : préhension du col au travers de la brèche vaginale ; renversement du museau de tanche en haut et à droite à l'aide d'une pince convenable ; libération complète du col en arrière et en avant, avec la précaution de tailler, à ce dernier niveau et sur la face antérieure, un lambeau péritonéal suffisant. Enfin, continuation des tractions sur le col en haut et à droite, jusqu'à la découverte de l'utérine correspondante, ligature de celle-ci et section du ligament large droit, de bas en haut, avec ligatures successives de l'artère du ligament rond et de l'utéro-ovarienne.

Dans cette dernière partie de l'opération, la mise à nu de l'utérine par l'arrachement du col vers le haut est d'une surprenante facilité. Après libération de ses attaches vaginales, le col se laisse très aisément décortiquer par traction, et on voit aussitôt l'artère utérine dénudée dans une grande étendue et couchée au fond du décollement produit.

Un autre détail important à noter, c'est que, en cas de gros fibrome, la masse utéro-ovarienne renversée à droite porte forcément, de tout son poids, dans le vide ou sur le tablier de l'opérateur. Il convient donc de la soutenir, pour éviter un arrachement trop brusque, et de veiller à ce que le tablier sur lequel elle vient s'appuyer soit parfaitement aseptique.

La masse utéro-ovarienne étant enlevée, il faut, pour terminer, parachever l'hémostase, supprimer les surfaces cruentées par un surjet péritonéal, et assurer le drainage avec une mèche de gaze aseptique ou antiseptique placée dans le vagin.

Je n'insiste pas sur les deux dernières manœuvres qui sont de pratique courante ; mais je souligne d'une manière très particulière la nécessité urgente de bien soigner l'hémostase, et, soit dit en passant, il faut s'attendre à ce que le temps nécessaire pour cela soit plus long, soit même beaucoup plus long que les quinze ou vingt minutes généralement exigées par l'hystérectomie elle-même. Quand on ne laisse pas, à la manière de Kelly, une rondelle de col, il est en effet très rare que les six ligatures maîtresses suffisent. Nombre de petites artères donnent au-dessous du moignon des utérines ou sur la tranche vaginale, et, pour éviter les complications hémorrhagiques, il faut apporter une attention très particulière, soit à la ligature des artérioles qu'on peut isolément saisir, soit au surjet très solide qu'il convient de placer sur la collerette vaginale pour y tarir tout écoulement sanguin et la suturer au péritoine voisin. Comme fil, j'emploie de préférence de la soie fine et solide. La perfection de l'hémostase me paraît de la sorte mieux assurée que par des ligatures au catgut, et la sécurité qu'on en retire compense les petits ennuis que donne parfois l'élimination ultérieure de quelques-uns des fils.

Telle est l'opération américaine dans ses principaux détails, et j'espère en avoir assez dit pour montrer pourquoi je la considère comme la meilleure manière actuelle d'enlever par l'abdomen l'utérus et les annexes. Il me semble, en effet, difficile de ne pas reconnaître qu'elle remplit toutes les conditions de simplicité et de sécurité que la chirurgie abdominale exige de plus en plus. Elle se passe des clamps spéciaux et des pinces énormes aussi bien que des manœuvres complexes ou trop personnelles. Quelques instruments de chirurgie journalière suffisent à son exécution. L'intervention se poursuit, de son début à sa terminaison, comme l'ablation d'une tumeur quelconque, et d'après les règles les plus courantes de la chirurgie abdominale. En

fait de simplicité, je ne vois donc pas mieux. Au point de vue de la sécurité, la même appréciation s'impose, puisque la méthode résume en elle tous les perfectionnements techniques désirables : caractère exclusivement abdominal de l'intervention ; perfection de l'hémostase ; abandon des gros pédicules ; ligatures isolées des vaisseaux ; protection assurée de l'uretère et de la vessie ; suppression des contacts intestinaux avec toute surface rugueuse ou cruentée ; facilité d'une occlusion péritonéale des plus régulières ou drainage vaginal parfait, suivant les nécessités du cas particulier ou les tendances de l'opérateur.

Enfin, caractéristique très particulière, et qui suffirait seule à faire la preuve de ce que je pense, la méthode américaine a pour elle cette grande supériorité d'être applicable à tous les cas, sans exception. Avec elle, on procède droit devant soi, allant du simple au compliqué, liant au fur et à mesure ce qui doit être lié, et protégeant ce qui doit être protégé ; l'énucléation des tumeurs solides qui gênent la marche de l'opération se fait en temps opportun, aussi bien que l'ouverture ou l'ablation des collections dont la septicité impose des mesures particulières, et qu'il s'agisse de fibromes ou de suppurations pelviennes, on arrive toujours à son but, méthodiquement et sûrement. Comment imaginer plus parfait ! Pour ma part, et pour l'instant, je ne le vois pas.

Je terminerai donc par cette conclusion générale : c'est qu'à mon sens, la méthode américaine et le procédé de Doyen sont supérieurs à tous les autres modes d'hystérectomie jusqu'ici connus. En cas de gros fibromes, lorsque la conformation de l'utérus s'y prête, lorsque le cul-de-sac de Douglas est accessible sans trop de difficulté, le procédé de Doyen a pour lui des avantages de rapidité et d'élégance, dirais-je volontiers, qui le rendent très recommandable. Mais, dans tous les autres cas, et notamment chez les femmes atteintes de suppuration pelvienne grave, c'est la méthode américaine qui représente la méthode de choix.

M. Hartmann. — Avec M. Segond je crois que M. Richelot a compliqué le manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale. Il a pris la voie la plus difficile. J'ai, comme lui, au début, ouvert le vagin en passant entre la vessie et l'utérus ; j'ai eu des hésitations, ne sachant pas toujours à quelle distance j'étais du conduit vaginal. De là des craintes au sujet d'une lésion possible de la vessie. Je me demande si ce ne sont pas ces craintes qui ont conduit M. Richelot à mordre sur l'utérus, à

Un autre détail important à noter, c'est que, en cas de gros fibrome, la masse utéro-ovarienne renversée à droite porte forcément, de tout son poids, dans le vide ou sur le tablier de l'opérateur. Il convient donc de la soutenir, pour éviter un arrachement trop brusque, et de veiller à ce que le tablier sur lequel elle vient s'appuyer soit parfaitement aseptique.

La masse utéro-ovarienne étant enlevée, il faut, pour terminer, parachever l'hémostase, supprimer les surfaces cruentées par un surjet péritonéal, et assurer le drainage avec une mèche de gaze aseptique ou antiseptique placée dans le vagin.

Je n'insiste pas sur les deux dernières manœuvres qui sont de pratique courante ; mais je souligne d'une manière très particulière la nécessité urgente de bien soigner l'hémostase, et, soit dit en passant, il faut s'attendre à ce que le temps nécessaire pour cela soit plus long, soit même beaucoup plus long que les quinze ou vingt minutes généralement exigées par l'hystérectomie elle-même. Quand on ne laisse pas, à la manière de Kelly, une rondelle de col, il est en effet très rare que les six ligatures maîtresses suffisent. Nombre de petites artères donnent au-dessous du moignon des utérines ou sur la tranche vaginale, et, pour éviter les complications hémorrhagiques, il faut apporter une attention très particulière, soit à la ligature des artérioles qu'on peut isolément saisir, soit au surjet très solide qu'il convient de placer sur la collerette vaginale pour y tarir tout écoulement sanguin et la suturer au péritoine voisin. Comme fil, j'emploie de préférence de la soie fine et solide. La perfection de l'hémostase me paraît de la sorte mieux assurée que par des ligatures au catgut, et la sécurité qu'on en retire compense les petits ennuis que donne parfois l'élimination ultérieure de quelques-uns des fils.

Telle est l'opération américaine dans ses principaux détails, et j'espère en avoir assez dit pour montrer pourquoi je la considère comme la meilleure manière actuelle d'enlever par l'abdomen l'utérus et les annexes. Il me semble, en effet, difficile de ne pas reconnaître qu'elle remplit toutes les conditions de simplicité et de sécurité que la chirurgie abdominale exige de plus en plus. Elle se passe des clamps spéciaux et des pinces énormes aussi bien que des manœuvres complexes ou trop personnelles. Quelques instruments de chirurgie journalière suffisent à son exécution. L'intervention se poursuit, de son début à sa terminaison, comme l'ablation d'une tumeur quelconque, et d'après les règles les plus courantes de la chirurgie abdominale. En

fait de simplicité, je ne vois donc pas mieux. Au point de vue de la sécurité, la même appréciation s'impose, puisque la méthode résume en elle tous les perfectionnements techniques désirables : caractère exclusivement abdominal de l'intervention ; perfection de l'hémostase ; abandon des gros pédicules ; ligatures isolées des vaisseaux ; protection assurée de l'uretère et de la vessie ; suppression des contacts intestinaux avec toute surface rugueuse ou cruentée ; facilité d'une occlusion péritonéale des plus régulières ou drainage vaginal parfait, suivant les nécessités du cas particulier ou les tendances de l'opérateur.

Enfin, caractéristique très particulière, et qui suffirait seule à faire la preuve de ce que je pense, la méthode américaine a pour elle cette grande supériorité d'être applicable à tous les cas, sans exception. Avec elle, on procède droit devant soi, allant du simple au compliqué, liant au fur et à mesure ce qui doit être lié, et protégeant ce qui doit être protégé ; l'énucléation des tumeurs solides qui gênent la marche de l'opération se fait en temps opportun, aussi bien que l'ouverture ou l'ablation des collections dont la septicité impose des mesures particulières, et qu'il s'agisse de fibromes ou de suppurations pelviennes, on arrive toujours à son but, méthodiquement et sûrement. Comment imaginer plus parfait! Pour ma part, et pour l'instant, je ne le vois pas.

Je terminerai donc par cette conclusion générale : c'est qu'à mon sens, la méthode américaine et le procédé de Doyen sont supérieurs à tous les autres modes d'hystérectomie jusqu'ici connus. En cas de gros fibromes, lorsque la conformation de l'utérus s'y prête, lorsque le cul-de-sac de Douglas est accessible sans trop de difficulté, le procédé de Doyen a pour lui des avantages de rapidité et d'élégance, dirais-je volontiers, qui le rendent très recommandable. Mais, dans tous les autres cas, et notamment chez les femmes atteintes de suppuration pelvienne grave, c'est la méthode américaine qui représente la méthode de choix.

M. Hartmann. — Avec M. Segond je crois que M. Richelot a compliqué le manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale. Il a pris la voie la plus difficile. J'ai, comme lui, au début, ouvert le vagin en passant entre la vessie et l'utérus ; j'ai eu des hésitations, ne sachant pas toujours à quelle distance j'étais du conduit vaginal. De là des craintes au sujet d'une lésion possible de la vessie. Je me demande si ce ne sont pas ces craintes qui ont conduit M. Richelot à mordre sur l'utérus, à

Je laisse donc systématiquement le vagin ouvert, mais j'ai soin de faire la suture à points coupés de la tranche des ligaments larges, puis de suturer les feuillets péritonéaux antérieur et postérieur à la lèvre antérieure du vagin, puis à la lèvre postérieure ; j'entoure de cette façon de chaque côté les ligatures placées sur les utérines ; jamais je n'ai vu se produire des abcès consécutifs d'élimination de fils, quoique je n'aie jamais employé que de la soie.

En résumé, partisan déclaré de l'hystérectomie totale, à moins d'indications exceptionnelles, je reste aussi attaché à l'ouverture large du canal vaginal qui me paraît une soupape de sûreté qu'on aurait tort de fermer, laissant de côté la question de la durée un peu plus longue de l'opération. Les treize succès sur 14 cas que j'ai obtenus ne sont pas faits pour me détourner de ma manière de faire.

J'ai pratiqué deux hystérectomies abdominales pour des utérus que je n'avais pu, secondairement à une castration, enlever par le vagin (étroitesse du canal, adhérences intimes à la vessie, friabilité).

La première date de quatre ans déjà, je l'ai présentée au Congrès de Lyon en 1894. La seconde, je l'ai pratiquée il y a trois semaines.

Il s'agissait d'un gros utérus atteint de métrite parenchymateuse. L'opération fut conduite comme pour les corps fibreux et tout se passa sans encombre, si ce n'est une hémorrhagie assez vive arrêtée par une petite compression, le vaisseau n'ayant plus été trouvé. Mais, trois heures après la fermeture de l'abdomen, il se déclara une hémorrhagie qui nécessita la réouverture et un solide tamponnement à la Mikulicz, par notre interne Hepp. Celui-ci a été enlevé dès le troisième jour et la malade est naturellement guérie.

L'utérus portait au niveau de sa corne droite un abcès interstitiel (non tubaire), gros comme une noisette et qui était certes le point de départ de douleurs insupportables qu'accusait la malade avant l'opération.

Je n'insiste pas plus longuement sur la seconde partie de la communication de notre collègue Richelot.

M. Quénu. — La communication de M. Richelot embrasse véritablement la gynécologie tout entière ; il discute successivement si l'on doit enlever l'utérus dans les suppurations pelviennes, par quelle voie on doit l'enlever, et quelles sont les indications et le manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale dans les cas de fibrome et dans les cas d'annexite. Je ne le suivrai pas sur ces différents terrains ; je me bornerai simplement à dire quelques mots à propos de la technique à employer dans les cas de fibrome.

En somme, depuis plusieurs années, chacun de nous a apporté des modifications aux différents procédés; chacun choisit et adapte les techniques à ses habitudes personnelles. Pour ma part, comme notre collègue M. Segond, j'ai tendance à adopter le procédé américain de préférence à tout autre. Autrefois, j'usais d'un procédé un peu spécial : lorsque, après l'incision de la paroi abdominale, j'avais saisi l'utérus et sectionné la partie supérieure du ligament large, j'ouvrais le cul-de-sac postérieur, j'introduisais mon index dans ce cul-de-sac, et le recourbant en crochet dans le vagin, je venais soulever avec la pulpe du doigt le cul-de sac antérieur, que j'incisais sur ce doigt guide.

Actuellement, je suis revenu de ce procédé, que je considère comme défectueux, car je regarde le vagin comme impossible à désinfecter complètement. Il est déjà difficile de nettoyer la peau, mais pour une muqueuse présentant autant de replis et d'anfractuosités, la désinfection est impossible ; aussi j'insiste sur la nécessité de ne pas mettre les doigts dans le vagin. Quel que soit le procédé employé, on devra prendre cette précaution et modifier sa technique en ce sens.

Nélaton. — Je suis absolument de l'avis de M. Segond. Si le procédé américain est un procédé de nécessité, le procédé de Doyen est le plus brillant et le plus rapide. C'est, pour moi, le procédé de choix. Je suis grand partisan du drainage, mais quand j'ai placé une mèche de gaze iodoformée dans l'ouverture vaginale, je fais volontiers au-dessus un surjet sur chacune des lèvres du ligament large.

Ma statistique n'est pas très brillante ; j'ai pratiqué seize hystérectomies abdominales totales par le procédé de Doyen, j'ai eu trois morts. Je tiens à dire que ces morts sont complètement indépendantes du procédé : elles relèvent bien plutôt d'une faute du chirurgien.

Mon premier cas terminé par la mort était une erreur de diagnostic. Ma malade avait de l'ascite : elle était en véritable asystolie ; je pensai à une tumeur maligne de l'ovaire. Je crus néanmoins devoir intervenir : je tombai sur un volumineux fibrome que j'enlevai. Ma malade succomba quelques heures après l'intervention.

Dans mon second cas, j'eus une idée malheureuse : j'imaginai, pour soulever l'utérus, d'introduire un crochet dans la cavité utérine. Je déterminai par ce moyen l'écoulement d'un liquide septique : ma malade mourut de péritonite.

Mon troisième cas concerne une malade extrêmement cachectique, chez laquelle je constatai, avec un de mes collègues, la présence d'un volumineux fibrome. L'opération se fit sans difficulté. La malade

succomba à une septicémie dont le point de départ fut une piqûre de morphine, pratiquée par une garde ignorante.

En somme, ces accidents regrettables seraient survenus, quel qu'eût été le procédé employé.

M. Routier. — La dualité des lésions n'impose pas toujours l'hystérectomie abdominale totale dans les cas de salpingite. Quand j'enlève les annexes malades des deux côtés, je ne me crois pas forcé d'enlever systématiquement l'utérus. Je ne fais cette extirpation que si j'ai trouvé la matrice infectée ou trop saignante. Mais ce que je fais toujours, c'est un drainage soigné.

Dans tous mes cas d'intervention sur les annexes suppurées, je crève le cul-de-sac rétro-utérin et je draine largement par cette voie.

C'est une erreur absolue que de redouter l'infection secondaire du péritoine par le vagin : je n'ai jamais rien observé de semblable. Par contre, j'ai vu des drains oubliés dans le cul-de-sac rétro-utérin y séjourner pendant plusieurs mois sans amener le moindre accident.

Au point de vue de la technique, je m'éloigne un peu des procédés usuels. Je pratique la ligature en masse de la base des ligaments avec un tube élastique. C'est là un procédé moins élégant, mais plus rapide.

L'absence ou la présence de l'utérus après l'ablation des annexes n'a pas l'importance que certains auteurs veulent lui attribuer. Quand on a opéré pour des lésions graves des annexes, l'utérus n'occasionne, en général, que peu de troubles ; c'est à peine si, parfois, on est obligé de faire un nettoyage de sa cavité.

Pour me résumer, un chirurgien ne doit être l'esclave ni d'une méthode, comme celle de l'ablation systématique de l'utérus, ni d'un procédé opératoire, quel qu'il soit ; il faut être éclectique.

M. Richelot. — Je ne répondrai pas aujourd'hui aux orateurs qui m'ont fait l'honneur de discuter mon procédé. J'attends pour cela que tous nos collègues inscrits aient pris la parole. Je tiens simplement à dire que je suis également grand admirateur du procédé de Doyen et du procédé dit américain, et je vois avec plaisir que beaucoup de chirurgiens pratiquent l'hystérectomie abdominale totale, avec des résultats égaux ou supérieurs aux miens. Je n'ai pas la prétention de croire que mon procédé est le seul qui doive être employé ; j'ai simplement contribué à imposer cette idée que l'utérus malade doit être enlevé suivant les mêmes règles que l'on applique à une tumeur générale quelconque.

REVUE ANALYTIQUE

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Manuel opératoire. — Indications.

L'opération abdominale radicale pour inflammations des annexes (Die abdominale Radical-operation bei entzündlicher adnexer-Krankung), par K. Bliesener. *Monatschrift für Geburhtshülfe und Gynækologie.* Berlin, 1896, t. III, p. 458, et t. IV, p. 15 et p. 144.

Dans ce travail, Bliesener donne le résultat de la pratique de son maître, Bardenheuer, qui, à la date du 18 janvier 1896, avait déjà pratiqué 40 opérations radicales.

Ce chirurgien pose en principe qu'il faut enlever l'utérus, toutes les fois que les deux annexes sont à tel point altérées que leur extirpation bilatérale semble nécessaire.

On doit extirper toute annexe enflammée déterminant des troubles considérables et ne cédant pas à une thérapeutique palliative longtemps continuée ; d'une manière générale on peut dire qu'il en est ainsi pour toute salpingite atteignant le volume du doigt. L'indication est absolue lorsqu'il y a du pus ; les suppurations pelviennes constituant une affection plus grave qu'on ne le croit. Sur 100 cadavres de femmes, Bliesener a trouvé 2 péritonites, l'une à streptocoques, l'autre à staphylocoques, consécutives à une maladie des annexes non traitée. Routh, en Angleterre, évalue à 4 p. 100 le montant des morts résultant de la non-intervention. Aussi ne comprend-on guère l'utilité des méthodes temporisatrices lors de suppuration.

Actuellement, Bardenheuer n'attend guère plus de huit jours après le début de la fièvre; les adhérences sont alors molles et faciles à libérer, et l'on peut, en observant certaines précautions, éviter tout danger de contamination péritonéale au cours de l'opération.

Au contraire, pour les lésions non suppurées, on peut être très conservateur.

Chez les hystériques il ne faut opérer que quand des modifications

(1) Lors d'annexite suppurée, Bardenheuer conclut à la castration bilatérale, parce qu'il a vu le côté conservé suppurer secondairement.

manifestes existent dans l'appareil génital, et que celles-ci sont incontestablement la cause du mal.

L'opération doit être radicale, comporter l'ablation à la fois de l'utérus et des annexes.

INCONVÉNIENTS DE LA LAPAROTOMIE ET DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — Les résultats obtenus autrefois par la méthode de la castration an nexielle seule, étaient imparfaits, l'utérus pouvant être le point de départ d'accidents divers (hémorrhagies, pertes blanches, sensibilité anormale par déviation ou déplacement, etc.), et les moignons contenant des débris de trompe ou d'ovaire pouvant subir des transformations hydropiques ou purulentes et être le point de départ de poussées inflammatoires, soit dans le péritoine voisin, soit dans le tissu cellulaire du ligament large.

10 fois, Bardenheuer a, consécutivement à la castration annexielle, fait l'hystérectomie abdominale pour ces diverses lésions ; 4 fois seulement il pratiqua l'hystérectomie vaginale secondaire.

Dans aucun cas il ne trouva d'adhérences avec la cicatrice abdominale, mais 3 fois il y avait adhérence de l'épiploon ou de l'intestin à l'utérus et aux moignons.

Ces diverses données expliquent l'imperfection des résultats définitifs après bon nombre d'opérations, fait qu'on retrouve dans les diverses statistiques.

Schauta : sur 172 opérées bilatérales, 103 guérisons complètes, soit 59,8 p. 100. Sur 17 opérées unilatérales, 4 guérisons complètes, soit 24 p. 100. Au total, 56,6 p. 100 de guérisons complètes.

Léopold Landau : sur 141 laparotomies, 60 p. 100 de guérisons complètes.

Bliesener : sur 123 opérées de Bardenheuer, 60 p. 100 de guérisons complètes.

Il y avait donc lieu de chercher à obtenir de meilleurs résultats que ceux fournis par la castration annexielle. De là, en 1886, l'apparition de l'*hystérectomie vaginale* préconisée par Péan, adoptée en Allemagne principalement par Max Landau et par Léopold Landau. Les résultats semblent généralement bons ; il semble cependant qu'ils ont été présentés d'une manière un peu trop optimiste par les partisans de la voie vaginale. On commence seulement aujourd'hui à se faire une opinion juste de la question.

Lors d'ablation incomplète des annexes, de petits abcès méconnus et non ouverts peuvent persister ; un abcès même ouvert peut mal se vider. Et ce ne sont pas là de simples vues de l'esprit. Dans la statis-

tique de Max Landau, nous voyons une poche purulente traitée par les injections iodées, un abcès se développant au bout de deux ans entre la cicatrice vaginale et une collection séreuse, un foyer purulent nécessitant une laparotomie secondaire; dans celle de Rouffart, une fistule purulente vaginale persistante ; dans celle de Léopold Landau, une fistule purulente vaginale temporaire; chez une opérée de Richelot, un abcès se développe deux ans après l'hystérectomie.

Ces faits se multiplieront probablement lorsqu'on aura suivi les malades pendant un temps suffisant, la rétention de pus peu virulent dans une poche à parois épaisses pouvant ne se manifester qu'après une période assez longue.

Léopold Landau a si bien compris le danger de ces opérations incomplètes qui occupent encore une part si grande dans les statistiques, qu'il n'hésite pas, en présence de poches suppurées, à faire la laparotomie complémentaire pour enlever les débris de poches haut situées.

La voie vaginale ne convient pas non plus aux annexites compliquées d'appendicite chronique, comme le fait s'observe quelquefois.

Certes, les détracteurs de la voie vaginale ont exagéré les difficultés de sa technique, le défaut d'éclairage et l'étroitesse du champ opératoire. Il n'en est pas moins vrai que, dans les abcès compliqués et haut situés, quand on veut faire une opération réellement radicale, on est exposé à des hémorrhagies qu'on ne peut arrêter. Si, en semblable cas, Léopold Landau a pu par la laparotomie immédiate lier le vaisseau et guérir sa malade, Bardenheuer a perdu une opérée.

Un autre inconvénient de la voie vaginale est l'inconvénient où l'on se trouve de ne pouvoir vérifier de visu l'état de l'intestin décollé, la possibilité de fistules intestinales quelquefois secondaires, graves lorsqu'elles occupent l'intestin grêle.

L'hystérectomie vaginale laisse dans la grande cavité péritonéale des surfaces ulcérées. Une opérée de Bardenheuer est morte au vingtième jour d'une occlusion intestinale par adhérence d'une anse grêle à un moignon, sans la moindre péritonite concomitante.

L'hystérectomie vaginale est donc loin de constituer un idéal opératoire, et cependant, d'après ce que nous avons vu antérieurement, l'ablation de l'utérus présente de sérieux avantages sur la castration annexielle simple. Il fallait donc s'attacher à perfectionner les opérations abdominales. Aussi Bardenheuer a-t-il cherché à opérer en supprimant l'utérus, en péritonisant les surfaces et en assurant le drainage.

Manuel opératoire. — Plusieurs jours avant l'opération, on rase le système pileux des parties sexuelles, on lave le vagin, on vide l'intes-

tin. Bardenheuer emploie l'anesthésie chloroformo-éthérique ; il chloroformise les malades, puis emploie l'éther après injection préalable d'une solution morphinée d'atropine. Avant de commencer l'opération, il cautérise fortement la cavité du col avec le Paquelin, puis tamponne le vagin. La malade est alors placée dans la position de Treudelenburg et l'opération commencée sous le couvert d'une asepsie rigoureuse.

Incision de l'ombilic à la symphyse, que Bardenheuer a substituée à l'incision transversale supra-symphysienne qu'il faisait au début. Après ouverture de la cavité péritonéale, suture du péritoine à la peau par quelques points séparés, puis limitation du champ opératoire avec des compresses de gaze stérilisée. L'intestin est progressivement décollé jusqu'à ce que la surface supérieure des tumeurs annexielles et de l'utérus soit à découvert. L'épiploon est détaché au moyen du Paquelin.

Dans les cas graves où la tumeur annexielle est, par le fait d'une pachy-pelvi-péritonite, soudée à la paroi du bassin, on détache le feuillet péritonéal pré-utérin au niveau de son pli antérieur, et on le relève grossièrement devant l'utérus et les annexes. On attaque celles-ci en passant en avant et au-dessous d'elles, afin que si l'on crève une poche purulente elle se déverse dans le tissu cellulaire intra-ligamentaire et ne contamine pas le péritoine. On arrive latéralement aux vaisseaux utéro-ovariens qu'on lie contre la paroi pelvienne.

S'il existe une oblitération du cul-de-sac de Douglas, on détache la lame d'adhérences en partant de l'utérus et des annexes et en cherchant à conserver une toile continue jusqu'au rectum.

Ceci fait, on revient en avant, on sépare l'utérus de la vessie restant tout contre le muscle utérin ; on fait avec une pince un pli à la paroi antérieure du vagin et on l'ouvre d'un coup de ciseaux. L'ouverture est progressivement agrandie en sectionnant la périphérie du col que l'on attire fortement avec une pince tire-balle. Une suture continue réunit à mesure la section vaginale à la face cruentée du lambeau péritonéal antérieur, ou à une certaine distance du bord libre de celui-ci.

Les annexes et l'utérus ne tiennent plus que par leur paroi postérieure. On termine leur libération d'avec la paroi du bassin et éventuellement du rectum en les décollant de bas en haut.

Une fois l'utérus et les annexes enlevés, l'appendice réséqué s'il y a lieu, on essuie bien les parties avec de la gaze sèche ; l'opérateur et ses aides se lavent soigneusement les mains et l'on termine l'opération, avec des instruments lavés ou immaculés, en fermant la grande cavité

péritonéale. Pour ce faire on emploie, suivant les cas, l'un ou l'autre des procédés qui suivent.

1° Lors d'adhérences peu étendues et profondes il suffit de suturer la séreuse antérieure décollée à la séreuse postérieure.

2° Dans tous les cas où des surfaces péritonéales ulcérées ont été laissées dans le Douglas, il faut les isoler du reste de la grande cavité péritonéale. Pour cela on forme une sorte de toit en suturant le péritoine antérieur décollé, la séreuse pariétale du bassin en tant qu'elle se trouve au-dessus des surfaces de décortication, à droite comme à gauche, le mésorectum aisément développable à gauche, le mésocolon et le méso-oméga, enfin le revêtement séreux du rectum dans les endroits où il est lâche, et les appendices épiploïques. Il faut que cette suture soit complète, ne soit jamais tendue et qu'elle n'exerce de tiraillements ni sur la vessie ni sur le rectum.

Avant de faire cette suture on a eu soin de tamponner lâchement toutes les parties sous-jacentes avec de la gaze iodoformée dont les fils terminaux sont conduits au dehors par le vagin. Ces mèches de gaze sont enlevées le 8e jour. La malade est tenue au lit pendant 4 semaines.

INCONVÉNIENTS ET AVANTAGES DE L'OPÉRATION ABDOMINALE TOTALE. — Les malades sont plus faibles qu'après l'opération vaginale, mais elles se rétablissent promptement, et Bliesener n'a jamais vu, au cours de ces six dernières années, un seul cas de collapsus grave à la suite de l'ablation des annexes. Cela résulte de ce qu'avec le plan incliné et l'emploi méthodique de grandes compresses protégeant l'intestin on supprime les manipulations de la cavité péritonéale. De plus l'hémorrhagie est réduite au minimum, Bardenheuer ayant toujours soin d'obturer les vaisseaux avec le fil de suture continue avant de les sectionner.

La durée plus longue de l'opération n'a guère d'importance.

Il n'en est pas de même de la cicatrice abdominale. Chez les personnes très grasses on est exposé à voir des éventrations, aussi chez elles faut-il faire porter une ceinture (ceinture de Bardenheuer). — Les adhérences de l'intestin à la face profonde de la cicatrice constitueraient, eu égard en particulier aux troubles stomacaux qu'elles déterminent, une véritable complication, si elles existaient. Mais une suture soignée du péritoine avec retroussement des lèvres de l'incision suffit pour l'éviter, surtout si l'on a pris soin pendant l'opération de laisser les viscères dans la cavité abdominale en les recouvrant de gaze sèche.

On pourrait avec quelque raison adresser à la castration annexielle

le reproche d'être une opération incomplète et inexécutable dans quelques cas. Mais ce reproche n'existe plus avec l'opération radicale abdominale. « Nous sommes convaincu, dit Bliesener, que, même dans les cas les plus difficiles, la libération des annexes, adhérentes de tous côtés, doit réussir. » On peut travailler avec beaucoup de tranquillité et de certitude.

Lorsqu'il existe de solides adhérences avec des organes creux, il ne faut pas hésiter à les détacher, même quand on risque d'ouvrir ces organes. Il faut simplement avoir soin de placer les parties excisées ou libérées dans la portion extra-péritonéale drainée du foyer. Si c'est impossible, il faut constituer une deuxième cavité séparée de la grande cavité péritonéale et drainée vers l'extérieur. C'est ce qu'on a fait dans deux cas de lésions du rectum et dans un cas de lésion des uretères. La suture a manqué dans les trois cas, mais sans dommage pour la malade.

Ce fait de l'isolement des parties malades et des surfaces de décortication d'avec la grande cavité péritonéale et de leur drainage est un point sur lequel insiste beaucoup Bardenheuer et qu'a défendu, en diverses circonstances, son ancien assistant, Frank.

L'avantage résultant du mode de limitation du foyer décrit par Bardenheuer est double : 1° On a une cavité bien séparée par une suture séreuse de la grande cavité péritonéale, et cette cavité est bien drainée en son point le plus déclive par le vagin ; 2° On empêche tout contact de l'intestin avec une surface cruentée ; une surface séreuse, autant que possible lisse, symétrique, telle qu'on peut la former par la suture, est la meilleure protection contre les adhérences de l'intestin.

Si l'on excepte les cas, heureusement très rares, de paramétrite chronique avec bassin rempli d'une masse cicatricielle dans laquelle se trouvent encastrés les ovaires, les trompes et l'appendice vermiforme sans abcès ou avec abcès secondaires à point de départ intestinal, cas où l'on peut essayer la castration utérine vaginale, suivie ultérieurement de l'incision d'abcès et au besoin d'excision de l'appendice vermiculaire, Bliesener préfère l'opération radicale par la laparotomie à tous les autres procédés dans les maladies inflammatoires des annexes des deux côtés.

Les avantages de la méthode abdominale radicale de Bardenheuer sur l'*hystérectomie vaginale* sont les suivants :

A. — Dans les cas de suppuration grave :

1° L'avantage d'une opération certainement complète avec faible perte de sang et hémostase certaine.

2° La séparation des surfaces cruentées d'avec la grande séreuse

péritonéale, ce qui met à l'abri des adhérences intestinales et de l'infection secondaire.

3° L'extériorisation du péritoine des viscères qui peuvent avoir été lésés, avant même l'opération, par le fait même de l'inflammation des annexes.

B. — Dans les inflammations adhérentes, étendues, les points un et deux persistent.

C. — Dans les inflammations plus légères, le point 2 persiste.

Comme désavantage il n'y a à signaler que l'éventration, toujours possible chez certaines malades.

Comparée à la *simple castration annexielle*, même avec péritonisation des moignons, et séparation des surfaces de décortication d'avec la grande cavité péritonéale, la méthode radicale de Bardenheuer présente l'avantage d'assurer un drainage déclive par le vagin. Autrefois, on devait, soit faire un drainage vaginal rétro-utérin insuffisant, soit drainer par l'abdomen, ce qui exposait à la hernie.

On pourrait *a priori* se demander si l'ablation concomitante de l'utérus ne rend pas l'opération plus difficile et plus sanglante. Cette question ne peut guère se poser que pour les cas légers. Dans les tumeurs accolées à l'utérus il n'est pas plus difficile d'extraire la tumeur tout entière, utérus compris, que de lier des deux côtés le ligament large déroulé. Or les cas légers ne sont pas aggravés à un point tel que cela semble un motif suffisant pour laisser l'utérus. La malade ne court aucun danger.

L'ablation de l'utérus ne semble, d'autre part, déterminer aucune modification au point de vue des rapports sexuels.

Lorsqu'une opération est réellement indiquée, il existe toujours des lésions inflammatoires de l'utérus, et l'on n'enlève donc aucun organe sain : on supprime au contraire une cause d'écoulement.

L'ablation des annexes et le déplacement des moignons subsistants peuvent amener des modifications dans la position de l'utérus, que l'hystéropexie abdominale nous a semblé insuffisante à empêcher.

Enfin l'ablation de l'utérus assure un drainage plus parfait par le bas, et cet avantage l'emporte pour nous sur l'inconvénient qui résulte de la plus grande durée de l'opération.

Avec cette opération, faite sous le contrôle de la vue, toutes les parties malades étant enlevées, le résultat curatif doit être durable. Le seul point de doute pour l'avenir serait la possibilité d'adhérences intestinales sur les surfaces de décortication ; aussi Bliesener insiste-t-il sur la nécessité de péritoniser ces surfaces.

Sur les 40 castrations abdominales totales de Bardenheuer, 2 opérées sont mortes ; aucune des 38 survivantes ne s'est plainte d'incommodités ou de douleurs.

De ces 40 cas, 32 étaient des suppurations manifestes ; dans 4 il y avait sécrétion catarrheuse gonorrhéique, dans 3 inflammation violente du tissu cellulaire du bassin, dans 4 salpingite tuberculeuse.

Dans 20 cas on constata la présence d'agents de suppuration : 1 fois des streptocoques, 6 fois des staphylocoques dorés, 12 fois des gonocoques, 1 fois des bactéries. Dans 12 cas le pus était stérile.

2 fois l'opération s'est compliquée d'une fistule intestinale. Les 2 morts ont été déterminées par une péritonite. H. H.

VARIÉTÉS

A propos de l'analyse succincte de la thèse de Lanteaume (numéro de juin des *Annales*), M. le D[r] Lefour me prie de spécifier qu'un seul des faits relatés dans ce travail (application de forceps au détroit supérieur avec enfant vivant) lui est personnel et que les autres observations datent d'une époque à laquelle il n'était pas encore chirurgien en chef de la Maternité de Bordeaux.

Je m'empresse de déférer à ce désir et j'ajouterai même que la grande majorité des observations contenues dans le travail de M. Lanteaume sont antérieures à la renaissance de la symphyséotomie ou datent de la période pendant laquelle les indications n'en étaient pas encore fixées. Mes critiques, dans ces conditions, ne peuvent s'adresser aux accoucheurs (et je suis de ceux-là) qui ont appliqué le forceps au détroit supérieur à un moment où cette méthode était classique ou commençait à peine à être discutée.

La méthode seule est en cause. Elle a donné à Bordeaux, comme ailleurs, de mauvais résultats. Il n'était pas inutile de le dire, pour l'édification de ceux qui hésitent encore, et de protester contre les théories d'un auteur assez peu éclairé par les faits qu'il rapporte lui-même, pour conseiller de n'avoir recours à la symphyséotomie qu'après « deux ou trois applications de forceps ». M. Oui.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

12e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES, TENU A MOSCOU DU 19 AU 26 AOUT 1897

13e SECTION : OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

La séance d'ouverture a eu lieu le vendredi 8/20 août à 9 heures du matin dans l'Aula de l'ancien bâtiment de l'Université, en présence d'environ 500 congressistes.

Le Comité d'organisation est ainsi composé :

Gérants : les professeurs A. Makeiev et W. Snéguireff (Moscou).

Membres : les professeurs A. Goubarev (Moscou), A. Krassowsky, J. Lazarévitch, A. Lébédev, D. Ott, K. Slaviansky, W. Soutouguine (Saint-Pétersbourg), I. Lwov, N. Fénomenov (Kazan), G. Rein (Kiev), M. Tolotchinov, P. Yassinsky (Kharcov), N. Yastrébov (Varsovie).

Secrétaires : MM. W. Bobrov, I. Eichtmeyer, A. N. Rakhmanov, G. Matweiev, N. Pobiedinsky, A. R. Wenner et G. Hume (Moscou).

Assistent à la séance et ont pris part aux travaux du congrès : A. R. Simpson, Spencer, Cameron ; Pinard, Budin, Varnier, Boursier, Doyen, Apostoli ; Jacobs ; Olshausen, Zweifel, Winckel, Güsserow, Martin, Léopold, Küstner,

MÜLLER, DÜHRSSEN, WEHLE ; MANGIAGALLI, LA TORRE, A. CLARKE, A. CARBAJAL, FARGAS, etc.

Le professeur A. M. MAKEIEV prononce en français le discours d'ouverture suivant :

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Moscou, le cœur de la Russie, souhaite avec effusion la bienvenue aux distingués représentants de la science, qui ont consacré leurs forces intellectuelles à la femme, à la mère souffrante.

Cet heureux usage des temps actuels, qui consiste à réunir des spécialistes en une nombreuse famille, dans le but d'éclaircir les questions que la science fait surgir de toute part, témoigne d'un véritable cosmopolitisme scientifique tendant au bien de l'humanité éprouvée par la maladie.

En effet, de qui pourrait-elle donc attendre un soulagement sérieux, si ce n'est des coryphées de la science, lesquels ont daigné venir dans notre patrie, auprès de leurs confrères, à qui ils feront part, sans aucun doute, de leur expérience consommée si appréciée du monde civilisé ?

Tel est l'espoir que fait naître en nous la pensée du Congrès de savants qui va avoir lieu. Nous sommes fermement convaincus que vos entretiens scientifiques auront de brillants résultats.

Puisse la science marcher à grands pas dans la voie du progrès, puissent ses représentants se multiplier et lui faire atteindre sa plus haute manifestation !

La vieille université de Moscou, sœur de toutes les universités nationales et étrangères, vous convie joyeusement, nos chers hôtes, à des travaux qui, certainement, porteront leurs fruits.

Le professeur SNEGUIREFF prend ensuite la parole et donne lecture d'un remarquable exposé de principes portant pour exergue cette phrase de Malgaigne : « *Vérité dans la science, moralité dans l'art.* »

MESSIEURS ET CHERS CONFRÈRES,

Permettez-moi tout d'abord de vous remercier de ce que vous avez bien voulu accepter notre invitation et venir, suivant l'expression con-

venue, prendre part à cette fête de la science, ou plutôt, si je puis m'exprimer ainsi, à ce concours pour la recherche de la vérité, de ce que vous n'avez pas hésité à venir partager avec nous les fruits de votre riche expérience et mettre vos esprits en contact avec les nôtres. C'est le cœur pénétré de reconnaissance que nous vous accueillons et que nous saluons en vous, nos maîtres, ceux qui nous ont initiés à la science.

Venus de si loin pour assister à ce Congrès, vous ne pouvez manquer, j'en suis persuadé, de vous intéresser aux principes et aux opinions des savants de ce pays. Sans aucun doute vous êtes désireux de voir ce qu'ont produit vos anciens disciples, de contempler leurs institutions. Ce désir nous remplit le cœur de joie et, pour y répondre, nous nous efforcerons de vous faire connaître ces institutions en sollicitant d'avance votre impartialité, car nous voulons la vérité toujours, en tout et partout. Nous, jeune peuple, dont l'Université la plus ancienne ne possède une clinique pour les maladies des femmes que depuis 8 ans à peine, nous croyons fermement que la science, tout en enrichissant l'esprit humain, en élargissant l'horizon intellectuel, diminue et parfois même supprime la souffrance et le malheur. Nous sommes convaincus que les mots : *guerre*, *violence*, *douleur*, *dégénération* — deviendront avec le temps des expressions archaïques, comme le sont devenus les mots : *inquisition*, *torture*, etc.

Forts de cette croyance nous affirmons que la science, qui n'est autre chose que la recherche de la vérité, ne veut pour serviteurs que des hommes pacifiques, s'estimant les uns les autres, facilitant leur tâche par des efforts communs et des réunions dans le genre de celle-ci. Ainsi donc, puissent la paix, l'amour et le travail régner sur la terre, puisse la guerre disparaître à jamais !

Notre réunion a pour but de passer en revue les plus importantes questions de la gynécologie, de cette science qui poursuit l'étude de la femme tout entière à l'état normal et à l'état pathologique, de même que l'anthropologie étudie l'espèce humaine. L'étude de la femme est celle de la moitié du genre humain, de cette moitié qui porte les noms de mère, d'épouse, de sœur, de fille, et, disons-nous, du berceau du genre humain. Donnez à ce berceau la santé, la force, la vigueur, et vous aurez supprimé la majeure partie des souffrances. Vous aurez ressuscité la beauté et la vérité et préparé en quelque sorte l'avènement du royaume de Dieu sur la terre.

Contemplez le tableau de Raphaël : « la Madone Sixtine ». Une

femme aux traits harmonieux tient dans ses bras un enfant nouveau-né dans le regard duquel resplendit la vérité; dans les yeux de sa mère resplendissent la beauté idéale et cette fierté radieuse qui se rencontre souvent chez les nouvelles accouchées primipares et qu'a si bien saisie le pinceau du peintre immortel. La beauté personnifiée dans cette femme serre contre son sein la vérité, et ce contact la fait rayonner.

En face de ce tableau les hommes s'extasient et se disent : Hélas ! c'est là un idéal irréalisable, un mythe génial ! Non, cet idéal n'est pas irréalisable; nier sa réalité, c'est nier l'esprit et la raison, c'est récuser la science, le progrès, et proclamer le triomphe de la mort sur la vie.

La vue de ce tableau vous montre la voie que doit suivre l'humanité. Fortifiez la santé du berceau du genre humain; fortifiez la beauté, et la beauté engendrera la vérité. C'est pourquoi prenons soin de ce berceau, soyons convaincus, et nous le sommes, que la santé engendre la beauté, la beauté la vérité, la vérité le bonheur, et que le monde de l'avenir, ou plutôt la réalisation du bonheur sur terre, consiste dans l'art de conserver les forces données par la nature et de développer l'harmonie basée sur l'amour mutuel.

J'aperçois dans cette assemblée les germes de cet avenir. Des hommes sont accourus de tous les points de la terre pour assister au triomphe de la science et de la vérité, et en particulier pour travailler aux moyens d'assurer la santé de la femme, cette source du bonheur ici-bas. Pour arriver à ce résultat, la femme, ce berceau du genre humain, doit non pas poursuivre l'égalité avec l'homme, mais obtenir plus de droits et moins d'obligations. C'est vers ce but aussi que nous devons tendre, si nous désirons que la beauté engendre la vérité.

Voici, exprimés par la voix d'un des fils de ce vaste pays qu'on nomme la Russie, les principes que nous tenons de vous, et que nous sommes fiers de professer à notre tour.

En vous invitant à cette réunion nous avons soumis à votre examen des thèmes du plus haut intérêt : la péritonite, cette clef de voûte de la souffrance, ce mal qui tue tant de femmes pendant la période puerpérale et en dehors de cette période. Nous avons appelé votre attention sur la blennorrhée, cette compagne de la stérilité, cette affection qui supprime ce qu'il y a de féminin dans la femme, qui la châtre et l'amène à un état si bien caractérisé par R. Barnes qui l'appelait l'*invalidité*, état, au dire de Tait, pire que la syphilis.

Nous avons appelé votre attention sur la colpotomie, ce concurrent de la laparotomie, cette porte nouvellement ouverte pour éloigner le foyer ardent des souffrances. Enfin, nous avons fait appel à votre expérience pour découvrir le meilleur moyen pour prévenir la récidive du cancer, car jusqu'à présent la vie justifie les célèbres paroles de feu Billroth : « A quoi sert l'art employé dans ces merveilleuses opérations du cancer, puisque la récidive constitue la règle, et la guérison radicale seulement l'exception. »

Ces questions attendent leur élaboration et leur solution de votre expérience. Les plus grands esprits dans le domaine de la médecine, la gloire de leur pays et de l'humanité tout entière, siègent dans cette assemblée. Ils sont venus pour étudier en commun les moyens de lutter contre ces fléaux qui suppriment la vie et détruisent la santé de la femme.

En voyant cette assemblée j'augure bien des résultats de notre travail; le monde entier prête l'oreille à vos paroles.

Chers collègues, permettez-moi encore une fois de vous exprimer notre reconnaissance et de terminer par cette phrase, qui résume notre pensée intime:

L'univers réside dans la vérité, la vérité dans le beau et le vrai, et la science est la couronne de l'univers.

Sont nommés *présidents d'honneur* pour cette première séance, Olshausen (Berlin), Pinard (Paris), Simpson (Edimbourg).

La première question à l'ordre du jour est :

LA SYMPHYSÉOTOMIE

Rapporteurs : H. Varnier, Zweifel, Bossi.

1° Rapport de H. Varnier.

Messieurs,

Les conclusions que je vais développer devant vous sont le résumé des réflexions que nous a suggérées, au professeur Pinard et à moi, une série ininterrompue de 86 pelvitomies faites en six ans à la Clinique Baudelocque, du 4 février 1892 au 29 juin 1897. Cette série est à ma connaissance la plus nom-

breuse à ce jour; c'est la seule dont vous puissiez avoir en mains tous les éléments (annuellement publiés dans les *Annales de Gynécologie*).

Les considérations théoriques qui nous ont guidés, les faits expérimentaux qui nous ont éclairés, le manuel opératoire que nous avons suivi ont été exposés par mon maître Pinard au Congrès international tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894. Nous n'avons pas à y revenir ici. C'est notre bilan clinique que je veux dépouiller.

1re CONCLUSION

L'agrandissement momentané du bassin, pratiqué suivant les règles posées dans le rapport de Pinard au Congrès de Rome, a pour résultat de ramener la mortalité fœtale, dans les cas de bassins viciés, au taux de la mortalité fœtale qui accompagne et suit l'extraction artificielle par forceps dans les bassins normaux.

Sur nos 86 pelvitomies :

81 enfants ont été extraits			vivants................	94,18 p. 100
3	—	—	avec des battements cardiaques, mais n'ont pu être ranimés.........	soit une mortalité immédiate de 5,8 p. 100
2	—	—	sans battements cardiaques................	

Des 81 enfants extraits vivants, 7 sont morts avant la sortie de la clinique, c'est-à-dire au cours des trois premières semaines, soit une mortalité secondaire de 8,7 p. 100.

Le tableau I (p. 266) résume ces 12 observations et indique en même temps la source où peuvent être contrôlées la date et la cause de la mort.

Notre mortalité fœtale totale, immédiate et consécutive, est donc :

12 sur 86, soit 13,95 p. 100.

Mais il va de soi, Messieurs, que dans le calcul de la mortalité fœtale de la symphyséotomie, qui seule ici doit nous arrêter, nous

ne devons pas faire entrer 3 de ces 12 décès, survenus accidentellement aux 4ᵉ, 9ᵉ et 15ᵉ jours, par streptococcie et bronchopneumonie.

De nos 86 enfants extraits par pelvitomie il en est seulement 9 qui sont morts malgré la symphyséotomie ou de ses suites mécaniques, soit **10,4 p. 100**.

Or quelle est, dans le même service, pour les mêmes opérateurs, la mortalité infantile immédiate et secondaire, également expurgée des morts accidentelles tardives, dans les cas où, le bassin étant normal, l'accouchement a dû être terminé par une application de forceps simple?

Sur 6,258 accouchements je relève 144 forceps se répartissant comme suit :

125 cas chez des primipares avec :

4 p. 100 de mortalité immédiate	Total 8 p. 100
4,16 p. 100 de mortalité secondaire....	

19 cas chez des multipares avec :

5,3 p. 100 de mortalité immédiate......	Total 10,5 p. 100
5,5 p. 100 de mortalité secondaire......	

Si bien, Messieurs, que j'ai démontré ma première conclusion : « L'agrandissement momentané du bassin a pour résultat de ramener la mortalité fœtale, dans les cas de bassins viciés, au taux de la mortalité fœtale qui accompagne et suit l'extraction artificielle par forceps dans les bassins normaux. »

Je voudrais vous prouver maintenant que l'agrandissement momentané du bassin peut et doit faire mieux encore.

Nous devons nous demander en effet, à propos des 9 enfants morts malgré l'agrandissement du bassin, si la mortalité de 10,4 p. 100 qu'ils constituent est bien la mortalité irréductible de la symphyséotomie, ou si, du fait de l'expérience actuellement acquise, elle ne peut pas être dans l'avenir notab'ement diminuée.

On peut répondre nettement à cette question pour cinq de ces neuf décès, ceux de nos 1ʳᵉ, 4ᵉ, 13ᵉ, 29ᵉ et 70ᵉ symphyséotomies.

Dans la première, en effet, il n'y a pas eu symphyséotomie au sens où il faut entendre ce terme. Le ligament sous-pubien n'avait pas été sectionné; c'est la tête qui, aidée de la manœuvre de Champetier de Ribes, a dû terminer l'opération, au grand dommage de son pariétal postérieur.

Dans la 13e, le ligament sous-pubien a été sectionné; mais le bassin n'a pas été suffisamment ouvert devant la tête qui a dû, ici encore, forcer le passage osseux au détriment de son frontal antérieur, enfoncé par la cuillère du forceps obliquement appliqué.

Depuis lors, nous n'avons dans aucun cas laissé à la tête le soin de dilater le bassin, et nous n'avons plus eu à déplorer, au cours de l'extraction, de fractures de ce genre, bien que nous ayons opéré dans des bassins beaucoup plus rétrécis que ceux dont il s'agit ci-dessus (97 de pr.-s.-p.).

A ce propos nous devons faire remarquer que pour produire l'écartement nécessaire, nous avons dû renoncer à l'appareil dénommé écarteur à vis de Pinard. Malgré son apparence massive il est trop flexible. C'est soit à l'abduction des cuisses sous le contrôle de l'écarteur sensible, soit, et de préférence, à l'écarteur de Farabeuf que nous demandons actuellement la dilatation du bassin.

Une autre cause d'insuccès de la symphyséotomie sur laquelle nous avons insisté à maintes reprises, et à laquelle nous devons deux autres décès d'enfants, c'est l'application préalable du forceps au détroit supérieur :

Dans notre 29e cas, les applications de forceps faites en ville, par un médecin, avant notre intervention par symphyséotomie, avaient produit 14 fractures du crâne, et nous ne devons pas nous étonner que le fœtus, né avec des battements cardiaques, n'ait pu être ranimé.

Dans notre 70e cas, la mort du fœtus est également imputable à cinq applications de forceps faites en ville avant la symphyséotomie. Le bassin mesurait cependant 108 de promonto-sous-pubien, soit 93 millimètres environ. Les pubis furent écartés de 60 millimètres avec le bon écarteur. Le bi-pariétal mesurait 93. Il est bien évident que l'application préalable du forceps est seule responsable de l'insuccès.

A cela encore il est aisé de remédier en renonçant, comme

nous l'avons fait depuis 1893, à toute application de forceps au détroit supérieur rétréci, en faisant la symphyséotomie d'emblée.

Enfin, dans le dernier cas de cette série de 5, dans notre quatrième symphyséotomie, le bassin mesurant 98 de promonto-sous-pubien, soit environ 82, nous avions cru devoir, par crainte d'une disproportion trop grande, provoquer l'accouchement avant terme. Cette provocation, trop prématurée bien qu'elle eut été faite le 271e jour après la fin des dernières règles, permit il est vrai d'extraire sans difficulté un enfant de 2,130 grammes, mais faible, cyanotique, qui mourut 2 jours après, pesant 1,950 grammes. Aucune lésion à l'autopsie. Faiblesse congénitale.

Nous avons depuis cinq ans déjà renoncé à cette combinaison de l'accouchement prématuré et de la symphyséotomie, et bien que nous ayons eu affaire à des bassins singulièrement plus étroits que celui dont je viens de vous entretenir, nous n'avons pas eu à nous repentir de cet abandon.

En résumé, deux de ces cinq enfants sont morts des suites mécaniques de l'extraction à travers un bassin insuffisamment coupé ou dilaté ;

Deux ont succombé à des fractures du crâne produites par des tentatives d'extraction au forceps faites en ville avant notre intervention ;

Un est mort de faiblesse congénitale, l'accouchement provoqué ayant été bien inutilement (vous le verrez tout à l'heure) combiné à la symphyséotomie.

Notre mortalité infantile de 10,4 p. 100 est donc une mortalité éminemment réductible. Il suffit, pour la ramener à 5 p. 100, de ne plus faire de tentatives préalables d'extraction par le forceps, de couper à fond le ligament sous-pubien, de dilater le bassin devant la tête, de renoncer enfin à la combinaison reconnue inutile de l'accouchement provoqué et de la symphyséotomie.

C'est ce que nous avons fait depuis 1893. Et il se trouve que sur les cinq femmes qui font le sujet des cinq observations précédentes, deux ayant récidivé, nous avons pu faire sur elles la preuve que la mort de l'enfant, lors des symphyséotomies antérieures, était bien due aux causes par nous incriminées.

La 29e symphyséotomie (enfant de 3,820, bi-par. 95, mort de fractures mutiples par application préalable de forceps) ayant été symphyséotomisée une deuxième fois d'emblée (n° 62), nous avons pu extraire vivant un enfant de 3,610 grammes à bi-pariétal de 99, revu en parfait état 17 mois plus tard.

La 4e symphyséotomie (enfant de 2,130 grammes, mort de faiblesse congénitale, suite d'accouchement provoqué prématurément), ayant été symphyséotomisée une deuxième fois à terme (n° 42), nous avons pu extraire sans difficulté un garçon de 2,810 grammes, pesant à sa sortie 3,460 grammes, et revu depuis en très bon état 7 mois plus tard.

Mettant donc de côté, comme ils doivent l'être, ces 5 décès d'emprunt, nous restons en présence de 4 décès sur 81 cas de pelvitomie pure, complète et conduite suivant les règles par nous établies et que nous jugeons bonnes, soit une mortalité infantile de 4,9 p. 100.

Voilà qui nous permet, par un retour en arrière, de refaire une fois encore le procès de l'extraction forcée par forceps ou par version dans les bassins rétrécis non symphyséotomisés. Frappés comme nous de la faible mortalité qui résulte des complications mécaniques et de la longue durée du travail dans les cas de bassins rétrécis traités par la nouvelle méthode, vous devez conclure avec nous que la mortalité infantile si élevée (30 à 35 p. 100) observée jadis dans les cas similaires traités par l'accouchement provoqué, par le forceps, par la version, par l'embryotomie, reconnaissait pour cause principale, essentielle, ce qu'on appelait, ce que d'aucuns appellent encore : l'intervention de l'art !

Il est, Messieurs, un dernier point sur lequel je désirerais appeler votre attention.

Si j'ai démontré que la mortalité infantile vraie dans nos cas à symphyséotomie pure, complète et bien conduite, est d'environ 5 p. 100 ; si vous vous souvenez d'autre part que dans les bassins normaux à forceps la même mortalité est de 8 p. 100 chez les primipares et de 10,5 p. 100 chez les multipares, vous êtes comme nous conduits à cette autre conclusion qui va d'abord vous sembler paradoxale :

La mortalité au cours du travail de dilatation et d'extraction dans les cas à symphyséotomie est inférieure à la même mortalité dans les bassins normaux nécessitant l'application de forceps.

Je me suis demandé quelle pouvait être la cause de cette différence au détriment des cas normaux, et voici à quelle conclusion m'a conduit cette étude :

Ce qui grève le bilan des bassins normaux, c'est que nous continuons à y pratiquer l'application du forceps au détroit supérieur, et que l'emploi du forceps au détroit supérieur d'un bassin normal transforme celui-ci en bassin rétréci.

Je me contente pour le moment de soumettre ce point de vue à vos réflexions et je passe à ma deuxième conclusion.

2e CONCLUSION

L'agrandissement momentané du bassin ne donne lieu à aucune hémorrhagie, à aucune lésion des symphyses postérieures capables de compromettre la vie ou la santé de l'opérée.

Cette double affirmation s'appuie sur la pratique la plus étendue qui soit actuellement. Toutes nos opérations ont été faites en public, devant nos étudiants français ou étrangers, devant tous ceux de nos confrères ou de nos collègues qui ont manifesté le désir d'y assister. Ils pourront vous dire que jamais ils ne nous ont vus soucieux de la perte sanguine, toujours modérée, qui accompagne ou suit la section pubienne ; que jamais, même dans les cas d'ailleurs exceptionnels où se sont produites au cours de l'extraction des déchirures étendues des parties molles — déchirures sur lesquelles j'aurai à revenir — ils ne nous ont vus poser une pince à forcipressure ou faire de ligatures soit médiates, soit immédiates. Les seuls procédés d'hémostase dont nous usions sont :

Pendant l'extraction : le tamponnement à la gaze de l'espace rétro-symphysien ;

Après l'extraction : la fermeture rapide du bassin et la suture de la plaie opératoire.

Quant aux symphyses postérieures, les résultats éloignés de la symphyséotomie seraient là pour montrer qu'elles n'ont pas souffert, si l'examen direct post-mortem fait par nous dans 8 cas ne nous avait permis de contrôler de visu l'absence à leur niveau de toute lésion anatomique autre que le faible décollement périostique déjà constaté expérimentalement.

N'oubliez pas cependant qu'au cours de la double symphyséoclasie postérieure qui est pour nous un des temps principaux de l'opération, nous produisons habituellement un écartement pubien de 60 millimètres, que dans 10 cas nous avons été jusqu'à 65 et dans 6 cas jusqu'à 70 millimètres.

Il est donc bien inutile de s'ingénier par des dispositifs variés (contre-pression des aides, ceinture, tube d'Esmarch) à prévenir la prétendue dislocation par éclatement; disons plus, ces dispositifs vont à l'encontre du but qu'il faut atteindre de toute nécessité avant de procéder à l'engagement : *la dilatation suffisante de l'anneau pelvien.*

3° CONCLUSION

Les lésions de l'urèthre et de la vessie sont exceptionnelles. Il y a lieu de croire que le forceps et l'insuffisance de la dilatation de l'orifice utérin n'y sont pas étrangers.

Je n'ai pas en vue ici les fistules vésico-utérines, vésico-vaginales, uréthro-vaginales par eschares résultant de la pression prolongée et ischémiante d'une tête serrée dans un bassin rétréci. Bien que ce soient là des complications relativement assez fréquentes encore de l'accouchement dans les bassins viciés, nous ne les avons observées dans aucun de nos cas traités par symphyséotomie après une expectation souvent de longue durée. Dans la seule observation recueillie par nous depuis 1892, l'accouchement fut terminé par basiotripsie, l'enfant étant mort à son entrée dans nos salles.

Les lésions auxquelles je fais allusion sont les déchirures uréthro-vésicales mécaniquement produites *au cours de la symphyséotomie*, et qui furent naguère un des principaux arguments des adversaires de l'opération.

Nous en avons 2 cas sur nos 86.

Et pour le dire tout de suite, ce sont lésions non de la symphyséotomie en soi, mais de l'extraction consécutive; elles ne sont pas la suite de l'agrandissement du bassin; ce n'est pas au cours de l'écartement du pubis même poussé à 7 centimètres qu'elles se produisent. Elles sont la conséquence de la surdistension imposée aux parties molles antérieures, non soutenues, par la tête fœtale artificiellement extraite à l'aide du forceps. C'est assez dire que l'on doit pouvoir les prévenir en perfectionnant l'extraction.

L'un de nos cas doit d'ailleurs être mis dans une catégorie à part, car il a trait à un bassin asymétrique et atypique, vicié par coxalgie et sacro-coxalgie droites (26e symphyséotomie, 15 novembre 1893; obs. n° 1656).

Il s'agissait d'une primipare de 26 ans, ayant fait à 4 ans une chute d'un troisième étage, suivie d'un repos forcé au lit durant deux années. Au cours de ces deux années des abcès froids multiples, dont on retrouve actuellement les cicatrices déprimées, s'ouvrirent au niveau de l'articulation sacro-iliaque, de la hanche et du pli inguinal droits. Depuis lors, ankylose de la hanche droite en adduction et claudication ; arrêt de développement du membre inférieur.

L'examen sous le chloroforme de ce bassin à viciation complexe permit de constater que le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 103, qu'il existait une projection marquée de la tubérosité ischiatique droite, un rétrécissement de l'arcade pubienne par redressement de son pilier droit. Le bassin est asymétrique. Les ailerons sacrés paraissent également développés, mais il est impossible de percevoir un mouvement au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite. Les nombreuses cicatrices qui l'avoisinent la font soupçonner d'ankylose par sacro-coxalgie.

Donc bassin atypique, à forme et perméabilité difficilement appréciables, suspect d'ankylose unilatérale.

Nous n'avions pas à cette époque la ressource, que nous avons aujourd'hui, de la pelvigraphie par les rayons X.

Le mode d'intervention fut longuement discuté et le doute qui nous restait sur l'ankylose de la symphyse sacro-iliaque droite fit choisir la symphyséotomie de préférence à l'opération césarienne.

A la dilatation complète, douze heures après le début du travail, symphyséotomie d'emblée par M. Pinard.

L'écartement spontané après symphyséotomie ne fut que de 10 millim. Il fallut de la force pour le porter à 40 millim. Et, à ce moment, il devint manifeste que le pubis droit, plus grêle et plus anguleux, restait immobile, que le pubis gauche seul s'écartait franchement. On s'arrêta donc et l'on appliqua le forceps pour procéder à l'extraction, au cours de laquelle l'écartement ne put être exactement mesuré, l'écarteur ne tenant pas en place.

Il fallut dix minutes pour extraire, non sans peine, un enfant de 3,170 grammes, à bi-pariétal de 90, qui, né en état de mort apparente, poussa son premier cri six minutes plus tard. Le bassin ne fut pas refermé après l'engagement ; les parties molles extérieures restèrent non soutenues pendant la rotation et le dégagement, au cours duquel il se produisit, sous nos yeux, une déchirure de la paroi antérieure du vagin établissant une communication avec la plaie opératoire.

On ne jugea pas utile de faire la réparation immédiate de cette brèche qu'on crut semblable à celles observées quelquefois déjà dans les mêmes circonstances ; on fit un simple tamponnement vaginal. La plaie opératoire fut seule suturée au fil d'argent.

Le soir de l'opération, miction spontanée et volontaire. Le lendemain 16, *idem*.

Le 17, on enlève le tampon vaginal ; à partir de ce moment l'urine s'écoule par le vagin et l'on reconnaît une fistule vésico-vaginale.

Les suites opératoires ayant été absolument simples (sauf une lymphangite mammaire le dix-septième jour), l'opérée se lève pour la première fois le trentième jour et marche bien.

Mais elle ne retient pas ses urines ; celles-ci s'écoulent continuellement par une fistule vésico-uréthro-vaginale de la largeur d'une pièce de 50 centimes, que reconnaît M. Pinard, et qu'il attribue à la pression coupante exercée par l'angle du pubis droit, peu mobile, lors de l'extraction de la tête par le forceps.

L'enfant, nourri par sa mère, pèse le 31 décembre 3,880 grammes.

Lorsque M. Pinard a rendu compte de ce fait au Congrès de Rome, la malade venait d'être opérée par M. Segond pour la seconde fois, et

il semblait qu'elle fût en voie de guérison. Malheureusement la réparation ne se fit qu'incomplètement cette fois encore, et la patiente se refusa et s'est refusée depuis lors à une opération complémentaire.

Nous l'avons revue à maintes reprises. Sa santé est parfaite, mais elle garde une fistule vésico-vaginale pour laquelle elle porte un appareil fonctionnant malheureusement trop bien, puisqu'il lui fait rejeter actuellement les secours du chirurgien.

En résumé, dans ce premier cas, la lésion de la vessie et de l'urèthre a été produite au cours de l'extraction par forceps dans un bassin asymétrique dont l'un des os iliaques n'a pas joué normalement après symphyséotomie, et dont le pubis peu mobile et anguleux a coupé la vessie et l'urèthre, attirés et appuyés contre lui par une tête amenée trop en avant.

La conclusion qui, pour nous, se dégage de ce cas exceptionnel est celle-ci :

Lorsqu'on a des raisons de penser que la mobilité de l'une des symphyses sacro-iliaques est limitée, la symphyséotomie ne paraît pas devoir être l'opération de choix.

L'interprétation du second cas est plus difficile, car il s'agit cette fois d'un bassin symétrique, vierge de toute suppuration osseuse ancienne et qui n'est pas, il s'en faut, parmi les plus viciés que nous ayons rencontrés.

Voici d'abord in extenso l'observation rédigée par l'opérateur, M. Wallich.

C'est la 82e symphyséotomie, opérée le 20 novembre 1896, obs. n° 2018.

Suzanne M..., primipare de 18 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 19 novembre 1896, à 6 heures du matin, venant de l'asile de l'avenue du Maine.

Elle mesure 1m,50, ne sait pas quand elle a marché, mais a toujours bien marché et ne présente aucun stigmate de rachitisme.

D. R. du 8 au 10 février. L'enfant vivant se présente par le sommet non engagé en droite transversale. Le bassin est vicié. Le diamètre promonto-sous-pubien mesuré par M. Pinard est de 108 millim., soit environ 93 millim.

A son arrivée, le travail est commencé, la dilatation débute.

A 7 h. 30 du soir, la dilatation marchant lentement et les membranes

étant rompues, Mlle Roze, sage-femme en chef, introduit dans le segment inférieur un ballon Champetier de moyen calibre (200 grammes). Très rapidement ce ballon est expulsé au travers d'une *dilatation incomplète* et l'on constate une procidence du cordon. Elle est réduite manuellement et les battements cardiaques, qui étaient montés à 140 puis redescendus à 100, se maintiennent à 120.

Prévoyant qu'une symphyséotomie sera nécessaire, Mlle Roze introduit, à 11 h. 55 du soir, un second ballon de Champetier de gros calibre qui est gonflé et maintenu dans le vagin.

A minuit 20, M. Wallich, prévenu que le travail ne fait pas de progrès, pratique la symphyséotomie.

Commencée à minuit 23 par l'extraction du ballon, l'opération est terminée à minuit 35 pour ce qui est de la section de la symphyse. L'écartement pubien est porté à 45 millim. seulement à l'aide de l'écarteur à vis de Pinard.

A minuit 45, M. Wallich fait sur la tête, qui reste très élevée, une application de forceps promonto-pubienne ; il éprouve quelque difficulté à introduire et à placer la cuillère antérieure. Les tractions d'engagement commencent à minuit 47, et ce n'est qu'à une heure du matin (SOIT APRÈS 13 MINUTES) que l'extraction peut être terminée. La tête, qui s'est engagée facilement aux premières tractions, en poussant l'écartement pubien à 60 millim., est *retenue par l'orifice incomplètement dilaté*, retenue à ce point que M. Wallich y épuise ses forces et qu'il est obligé d'abandonner à Mlle Roze le soin de terminer cette extraction forcée.

L'enfant, en état de mort apparente, ranimé, pèse 3,250 grammes.

Diam. bipariétal	93	S.O.F.	110
O.M.	130		
O.F.	114	Bit.	76
S.O.B.	100	S.M.B.	110

En pratiquant l'examen du vagin aussitôt après l'extraction, on constate que son plafond est effondré ; on sent à nu les deux corps caverneux du clitoris et entre eux la vessie. Il est impossible de pratiquer le cathétérisme de l'urèthre qu'on ne retrouve pas.

M. Wallich se contente de faire un tamponnement vaginal bien serré sans réparation immédiate des déchirures vésico-vaginales. Suture de la plaie opératoire au fil d'argent, 2 points profonds et 2 superficiels.

Suites de couches normales. Mais toute l'urine s'écoule par le vagin d'une façon continuelle.

Le 28 novembre, ablation des fils. Réunion per primam de la plaie opératoire.

Incontinence complète d'urine due à une perforation du col vésical admettant aisément l'index.

Cette femme, gardée dans le service comme nourrice, a été soumise depuis le 23 mars 1897, par le Dr Baudron, actuellement chef de clinique de M. Pinard, à une série d'opérations réparatrices, dont suit l'exposé :

« 1° État de la femme Suzanne X..., avant la première opération, 23 mars 1897.

La vessie est réduite à son bas-fond, sa paroi postérieure, une partie du sommet et les parois latérales ; il n'existe plus de paroi antérieure ni d'urèthre. Cette calotte vésicale adhère en haut au 1/3 supérieur de la face postérieure de la symphyse et sur les côtés à la face postérieure des branches descendantes des pubis. La muqueuse fait hernie à travers une brèche mesurant toute l'étendue comprise entre le col utérin et l'ogive pubienne. A gauche, il existe un cordon fibreux du volume du petit doigt, vestige probable de l'urèthe détruit.

Première opération, 23 mars. — Elle a pour but surtout : 1° de reconstituer un canal uréthral ; 2° de rétrécir le plus possible la brèche vésicale, tout en réservant à la partie inférieure de cette brèche une ouverture suffisante pour permettre de surveiller le nouveau canal et d'en assurer la perméabilité.

1er temps. — Sur l'extrémité saillante du cordon fibreux précité, je pratique une incision cruciale dont chaque branche mesure environ 1 centimètre ; puis, avec la sonde cannelée d'abord, ensuite avec un trocart moyen, tant le tissu est dur et cicatriciel, je creuse dans ce cordon fibreux et parallèllement à sa direction un canal d'environ 4 centimètres de longueur qui vient s'ouvrir à la région la plus déclive de la cavité vésicale, au niveau et en dedans d'une saillie en forme de croissant à concavité interne que je suppose être un débris du sphincter vésical. Ce canal est dilaté lentement avec des bougies de Hegar et j'y place une sonde de de Pezzer n° 20 qui pénètre à frottement doux.

Je dissèque alors avec soin le croissant dont j'ai parlé, de façon à en mobiliser les extrémités que je réunis l'une à l'autre par deux points de fil d'argent fin, formant ainsi un anneau sphinctérien (?) autour de l'extrémité vésicale de la sonde.

2e temps. — La vessie est alors détachée aux ciseaux du rebord pubien et de la symphyse où elle adhère fortement aux 2/3 supérieurs de la face postérieure des pubis, tandis que le 1/3 inférieur de cette même symphyse est revêtu d'un tissu cicatriciel dense.

Une fois libérés, les bords de la vessie sont réunis par une ligne de suture antéro-postérieure allant du centre du bord rétro-symphysien décollé, au bord supérieur de l'orifice vésical du nouvel uréthre.

Le 1/3 supérieur de la suture est fait avec cinq points de soie (1) placés à la Lembert; les 2/3 inférieurs sont suturés par 10 points de fil d'argent fin. La suture est alors hermétique, sauf au niveau de l'angle inférieur qui est simplement rétréci.

3e temps. — Pour diminuer la large surface cruentée que présente la face externe de la vessie, je dissèque à droite dans le vagin un lambeau triangulaire de muqueuse vaginale que je fais glisser de droite à gauche et dont je viens affronter le sommet par 2 fils d'argent au tissu cicatriciel avivé qui tapisse le 1/3 inférieur du sous-pubis.

Une mèche de gaze stérilisée est placée dans la cavité pubio-vésicale ainsi rétrécie et le vagin est tamponné à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Très simples. Jusqu'au 31 mars toute l'urine passe par la sonde.

31 mars au soir. La sonde cesse de fonctionner et la malade est mouillée pendant la nuit.

1er avril. On constate que l'urine passe par l'angle inférieur de la suture, par un orifice admettant l'extrémité d'une sonde ordinaire en argent. La sonde de de Pezzer est complètement obstruée, je la retire, et pour la remplacer j'utilise la portion non réunie de ma suture. Pour cela j'enlève les trois fils inférieurs et je désunis la suture de façon à pouvoir passer facilement l'extrémité de mon index gauche qui va reconnaître l'orifice vésical de l'urèthre. Une pince courbe est facilement introduite dans le canal jusque dans la vessie ; dans ses mors entrouverts au ras du col j'insinue l'extrémité d'une sonde de de Pezzer n° 20 qui est ainsi entraînée au dehors par cathétérisme rétrograde. Les fils sont ensuite enlevés ; la réunion est parfaite dans les 3/4 supérieurs de la suture et au niveau de l'anneau sphinctérien (?).

Le 19. La sonde est remplacée par une nouvelle sonde de de Pezzer n° 22.

(1) J'ai choisi la soie pour cette partie de la suture parce que les fils d'argent auraient été trop difficiles à enlever derrière la symphyse.

2e opération, 18 mai.

État actuel. — Il persiste un orifice fistuleux de la dimension d'une pièce de 1 franc.

Cette deuxième opération a pour but :

1° De régulariser l'orifice uréthral interne devenu très oblique et un peu remonté en haut et à droite.

2° De ramener en totalité le canal sur la ligne médiane.

3° De fermer la fistule persistante.

Les deux premiers temps sont facilement exécutés.

L'avivement des bords de la fistule une fois terminé, il est impossible de faire la suture au fil d'argent, les tissus extrêmement friables étant coupés par la moindre striction. Je réunis alors les bords par un surjet de catgut fin que je renforce de trois points séparés. Une injection poussée par la sonde montre que la suture est hermétique.

La malade commence à être mouillée le 8e jour, et le 15e jour on peut constater que si l'urèthre est demeuré à peu près sur la ligne médiane, la fistule a été fort peu rétrécie par la 2e opération.

La sonde est enlevée le 8 juin : à plusieurs reprises, les jours suivants surtout quand elle est couchée, la malade éprouve l'envie d'uriner.

3e opération, le 15 juin.

Avivement des bords de la fistule qui est suturée en haut par deux points de catgut et, à la partie inférieure, par trois crins de Florence. On place à demeure une sonde de Malécot n° 18.

Ablation des fils le 8e jour. Réunion complète, sauf au niveau du catgut supérieur où il persiste un orifice qui admet l'extrémité d'un stylet : à plusieurs reprises ce trajet fistuleux est touché au chlorure de zinc à 1/10. Il persiste et sera suturé ultérieurement.

La sonde a été enlevée le 4 juillet. De jour en jour la malade rend une plus grande quantité d'urine par le canal. Le 15 juillet, cette quantité en 24 heures = 200 grammes. » Actuellement — septembre — la malade est encore en traitement.

Messieurs, nous avons maintenant à nous demander quelle à pu être la cause de ce délabrement vésico-uréthral produit par déchirure, et non point par eschare, au cours d'une symphyséotomie qui, vu les dimensions respectives du bassin et de la tête, la symétrie du bassin, le jeu régulier des deux symphyses sacro-iliaques, semblait devoir plus que toute autre éohapper à pareille complication.

Ici encore il s'agit d'une complication de l'extraction, d'une déchirure du pont de parties molles tendu et non soutenu, entre les pubis maintenus écartés, au cours d'une extraction par le forceps qui, je ne saurais trop le répéter, tire trop en avant.

Mais il nous reste à nous demander pourquoi cette déchirure qui, dans tous les cas où nous l'avons observée (le bassin étant symétrique), a intéressé la paroi vaginale seule d'un côté de l'urèthre resté intact, a cette fois ouvert la vessie en la séparant de l'urèthre.

Je crois que l'explication doit être celle-ci : par suite de la résistance de l'orifice utérin incomplètement dilaté (il fallut 13 minutes d'efforts énergiques pour triompher de cette résistance) la vessie s'est trouvée attirée avec lui et maintenue dans le pont de parties molles soumis à la surdistension, au lieu d'être, comme à l'habitude, entraînée loin de la région dangereuse par l'ascension du col qui accompagne la sortie de la tête au travers d'un orifice complètement dilaté ou dilatable.

Au point de vue prophylactique je ne saurais trop insister sur ce point : si l'on veut, après symphyséotomie, que l'extraction du fœtus soit sans danger pour les parties molles antérieures, il faut :

1° Que la dilatation de l'orifice utérin soit complète et parfaite ;

2° Que les pubis soient ramenés au contact par une vigoureuse pression des aides pendant le dégagement ;

3° Il faut enfin modifier les procédés d'extraction.

4e et 5e CONCLUSIONS

Pratiqué antiseptiquement sur une femme non infectée, l'agrandissement momentané du bassin ne lui fait pas courir plus de danger que les autres interventions obstétricales. En dehors des complications accidentelles, indépendantes du mode d'intervention, la mortalité chez les femmes symphyséotomisées reconnaît pour cause principale la septicémie puerpérale.

Sur nos 86 pelvitomies pratiquées en six ans, nous comptons

10 décès, soit une mortalité totale non expurgée de 11,6 p. 100.

Ces dix décès se répartissent en deux catégories bien distinctes.

Dans une première catégorie nous devons ranger les décès de cause purement accidentelle, indépendants du mode d'intervention, qui ont suivi nos 27e, 49e et 76e symphyséotomies.

Dans la 27e, la mort survint par obstruction intestinale le sixième jour, obstruction due à une mince bride fibreuse de date ancienne siégeant au niveau de l'union de l'S iliaque et du rectum. Il s'agissait d'un bassin spondylolisthésique que je vous montrerai tout à l'heure. La symphyséotomie ne s'est accompagnée d'aucune lésion des parties molles pelviennes, d'aucune lésion des symphyses postérieures. La plaie opératoire fut trouvée réunie par première intention, ainsi qu'en témoignent la photographie et le moulage que je vous présente ici.

Dans la 49e, la femme a succombé, dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'intervention, à une grippe infectieuse (janvier 1895) greffée sur une vieille dilatation bronchique. Dyspnée intense à l'entrée. Trois heures après l'opération la température était à 39°. Dans la soirée du deuxième jour, il y eut trois hémoptysies ; une quatrième amena la mort le matin du troisième jour. L'autopsie faite par Widal montra des adhérences pulmonaires généralisées, une broncho-pneumonie suppurée généralisée, l'intégrité de l'utérus, des annexes et du péritoine, une plaie opératoire en voie de réunion, aucune lésion mécanique résultant de l'intervention.

Le bassin était un oblique ovalaire de Nægele que je vous présenterai dans un instant.

Dans la 76e symphyséotomie (10 mai 1896) il s'agissait d'une femme enceinte pour la quatrième fois, dont tous les accouchements antérieurs s'étaient terminés par l'extraction d'enfants morts présentant le siège ou l'épaule, et qui voulait absolument un enfant vivant.

La symphyséotomie le lui a donné aisément, sans lésions, pesant 4,050 grammes, mais la femme a succombé le sixième jour.

Bien que la température fût normale au moment de l'intervention, faite dans d'excellentes conditions (après sept heures de travail, œuf intact), l'accélération du pouls qui battait 120 fois par minute avait inspiré des craintes à M. Pinard.

Ces craintes s'accentuèrent lorsqu'on vit, le soir du premier jour, la température atteindre 37°,7 et monter le lendemain matin et soir à

38°,2. Le soir du troisième jour il y avait 39°,5 ; le soir du quatrième 40°,3 et 148 pulsations.

Cependant la plaie opératoire évoluait dans des conditions parfaites ; le curettage pratiqué le deuxième jour n'avait ramené que des débris sans odeur dont la culture restait stérile.

Mais l'examen de la poitrine révélait dès ce moment, à la base du poumon droit, de la matité et des râles crépitants.

L'autopsie fit constater que la plaie symphysienne était réunie. 10 grammes de liquide sanguinolent recueillis derrière la symphyse restèrent stériles, ainsi que les ensemencements faits deux heures après la mort avec le contenu utérin par M. Marmorek. Le vagin, l'utérus, les annexes n'offrent aucune lésion et les coupes de l'utérus, préparées par M. Wallich, montrent seulement quelques gros bâtonnets à la surface de la muqueuse.

La vessie, l'uretère et les bassinets renferment du pus. La rate est normale ; le foie en légère dégénérescence graisseuse. Estomac, intestin, cœur et péricarde sains.

Dans les deux plèvres il y a environ 30 grammes de liquide purulent. Le poumon droit est à sa base le siège d'une pneumonie lobaire dont l'examen bactériologique a montré la nature pneumococcique. Le poumon gauche est très congestionné, surtout à la base.

Il est bien évident que le mode d'intervention adopté n'est pour rien dans ces trois décès. Ils reconnaissent pour cause des complications accidentelles qui se seraient aussi bien produites après version, après forceps, après embryotomie.

Ils sont manifestement de même ordre que le suivant qui a failli porter notre mortalité par symphyséotomie de 11,6 à 12,6 p. 100.

Observation **1001**, de 1895.

R..., IIpare, entre à la clinique le 17 juin 1895, à 8 h. 45 du matin.

Premier accouchement en 1894 à la Maternité, spontané par le sommet. Enfant macéré.

D. R. du 18 au 21 août.

Le travail débute. L'enfant vivant présente le sommet non engagé en G. T. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien 106. (Mensuration directe du promonto-pubien minimum à l'autopsie, 92.) Il y a une

perte de sang assez considérable qui s'arrête après une injection chaude.

A 2 heures du soir, les douleurs augmentent de fréquence et d'intensité. Après chacune d'elles il y a un écoulement sanguin peu abondant.

A 4 h. 25 se produit une hémorrhagie. Le col est encore long, la tête fixée au détroit supérieur. Déchirure artificielle des membranes, l'hémorrhagie s'arrête. Les contractions sont fréquentes et énergiques.

Le lendemain 18, à 11 heures du matin, M. Wallich pratiquant le toucher trouve l'orifice dilaté à 5 francs, la suture sagittale directement derrière la symphyse. Température 37°,9. Pouls 92.

A 3 heures du soir, la dilatation n'a fait aucun progrès. La température est de 37°,8 ; pouls à 100.

M. Pinard consulté conseille de pratiquer la symphyséotomie et d'attendre ensuite, pour extraire le fœtus, que la dilatation se complète.

A 3 h. 25, tout est prêt pour la symphyséotomie ; la femme est en position, M. Wallich a le bistouri à la main. Je pratique une dernière fois l'auscultation fœtale. Les bruits du cœur, qui jusque-là étaient bien frappés et réguliers, sont difficilement entendus et tumultueux ; je perçois nettement dix mouvements inspiratoires intra-utérins.

La respiration de la femme étant sous le chloroforme très bruyante, nous la laissons s'éveiller pour ausculter plus aisément. Les battements du cœur fœtal ne sont plus perçus.

Dans ces conditions il n'y avait plus à songer à la symphyséotomie, mais bien à la basiotripsie.

Celle-ci fut pratiquée à 5 heures par M. Wallich, la dilatation étant un peu plus grande que 5 francs et les bords assez souples pour qu'on pût, en trente minutes, extraire le fœtus réduit sans déchirure des parties molles.

Poids du fœtus avec le basiotribe, 4,820 grammes. Délivrance artificielle.

La patiente, qui, au cours de l'anesthésie, avait présenté à différentes reprises de la cyanose, succombait quelques instants après. A l'autopsie on trouva une congestion pulmonaire intense et des adhérences pleurales généralisées.

La déduction des morts *indépendantes* du mode d'intervention étant ainsi faite, comme elle doit l'être, nous restons en pré-

sence de 7 décès sur 83 pelvitomies, soit une mortalité de 8,4 0/0.

Est-ce donc là la mortalité imputable à la symphyséotomie ?

Il suffit de lire les observations toutes publiées, pour s'assurer que *dans deux de ces cas*, sans discussion possible, la mort, liée étroitement à l'accouchement, reconnaît pour cause non pas la symphyséotomie, mais l'infection puerpérale à porte d'entrée utérine.

Dans le premier de ces cas (44e symphyséotomie), l'opérée, venue du dehors après avoir subi quatre applications de forceps, mourut le deuxième jour de septicémie suraiguë utérine (1).

Dans le deuxième (55e symphyséotomie), la mort survint le sixième jour. Voici une photographie de la plaie opératoire, réunie par première intention. Aucun fil n'a suppuré. Après section de la cicatrice au thermo-cautère, on prend avec une pipette quelques gouttes de sérosité sanguinolente dans l'espace rétro-symphysien. Les cultures en sont restées stériles.

Il a été impossible d'ouvrir le ventre (opposition à l'autopsie) et d'examiner utilement l'utérus. Mais par l'incision d'un espace intercostal à droite, là où dès le troisième jour on avait noté l'existence d'un point de côté et de signes de broncho-pneumonie, on put à l'aide d'une pipette recueillir du jus pulmonaire dont la culture et les préparations donnèrent du staphylocoque et du streptocoque (2).

Je reviendrai plus loin sur ce fait qui montre la possibilité d'une *évolution normale de la plaie symphysienne chez une femme généralement infectée.*

Ce que je veux vous faire toucher du doigt, c'est que ces deux décès sont de même nature et de même ordre que le suivant qui a également failli porter notre mortalité par symphyséotomie de 11,6 à 12,6 p. 100.

OBSERVATION **558**, de 1897.

Ipare de 17 ans, ayant marché à 3 ans, puis ayant cessé de marcher à 4 ans pendant quatre ou cinq mois. N'a pas été soignée. A toujours bien marché depuis.

---

(1) Voyez *Annales de Gynécologie,* janvier 1895, p. 8.

(2) *Ibid.*, janvier 1896, p. 8.

Dernières règles du 18 au 26 juin. Hauteur de l'utérus, 34 centim.

Cette femme arrive de Fontenay-aux-Roses le 29 mars 1897, à 10 heures du soir, euvoyée par une sage-femme et un médecin qui ont pratiqué le toucher sans se laver les mains et avec de l'huile contenue dans un couvercle de pot à tabac. Le travail est commencé depuis 1 heure du soir ; la dilatation est de 1 franc ; la poche intacte.

Température à l'entrée 36°,4. Léger nuage d'albumine dans les urines.

Taille, 1m,46. Tête en bas, non engagée, dos à gauche. Diamètre promonto-sous-pubien, 101.

Mlle Roze, après avoir pratiqué le palper mensurateur, fait prévenir le chef de clinique de se tenir prêt pour une symphyséotomie.

La poche des eaux se rompt spontanément à 10 h. 50, la dilatation étant de 2 francs.

A partir de ce moment la dilatation marche vite ; elle est complète à minuit 5, et en 25 minutes l'engagement et l'expulsion *spontanée* s'accomplissent.

L'enfant est un garçon de 3,230 gr. à bi-pariétal de 90.

Délivrance par extraction simple quarante minutes après.

Le soir du premier jour, la température montait à 38°,8, et malgré tous nos efforts cette femme succombait le sixième jour avec 40° de température à une pure septicémie puerpérale.

Après avoir pris connaissance des documents qui précèdent, vous êtes en mesure de juger si, comme nous le pensons :

3 des 5 décès que nous venons de passer en revue reconnaissent pour cause des complications indépendantes du mode d'intervention, complications qui se seraient aussi bien produites après version, après forceps, après embryotomie ;

2, l'infection puerpérale à porte d'entrée utérine sans participation du foyer traumatique créé par la symphyséotomie.

Restent en fin de compte 5 décès sur 81 cas, soit 6, 1 p. 100.

Dans ces cinq cas, ainsi que vous allez le voir, la terminaison fatale est pour la plus grande part le résultat de l'infection puerpérale à porte d'entrée utérine ; mais la plaie symphysienne, communicante ou non avec le tractus génital, et concurremment ou secondairement infectée, a certainement joué dans le résultat final le rôle d'un adjuvant.

Examinons ces cinq cas d'un peu près.

I° *81*e Symphyséotomie. Femme D..., 37 ans, IIpare. Bassin de 97 mil-

limètres. Le travail, commencé le 12 novembre par la rupture prématurée des membranes, traîne en longueur. La température le 14 au soir est à 38°,8; le pouls à 104.

Ce n'est que le 15, à 8 heures du matin, que la dilatation est jugée suffisante pour pratiquer la symphyséotomie.

Vu l'infection probable du canal génital (température, 38°,2, liquide extrêmement fétide), M. Bouffe est chargé de la section pubienne et M. Pinard se réserve l'intervention obstétricale.

L'opération n'a duré que 4 minutes ; écartement provoqué, 50 millim. Extraction facile par le forceps d'un garçon de 3,650 grammes qui dès le lendemain soir, a 40° de température, conserve cette hyperthermie le 17 et le 18 et meurt le 19 au matin, de streptococcie généralisée.

La mère, de son côté, développait l'infection qu'elle avait contractée au cours du travail.

Dès le	lendemain	matin,	16 novembre,	la température	était à	38°,4 ;	pouls 108.
—	—	soir,		—	—	39° ;	120.
—	3e jour	matin,	17	—	—	39° ;	116.
—		soir,		—	—	39° ;	124.
—	4e jour	matin,	18	—	—	38°,4 ;	120.
—		soir,		—	—	38°,6 ;	160.
—	5e jour	matin,	19	—	—	40°.	

La mort survient à 9 h. 20 du matin le 19 novembre.

La veille, on avait observé une parotidite infectieuse du côté droit, un point de côté à gauche et une gêne marquée de la respiration.

Voici ce que fit découvrir l'autopsie :

1° *La plaie symphysienne* est bien réunie. On la rouvre après enlèvement des points de suture. Les pubis sont écartés de 14 millimètres. Derrière, existe une cavité limitée, sans communication avec le tractus génital, et contenant un liquide rougeâtre et sanieux dont la culture a donné des streptocoques à l'état de pureté.

2° *Abomen.* — L'intestin est météorisé. Un peu de liquide sanieux dans les culs-de-sac péritonéaux. La veine utérine gauche est remplie par un caillot noir qui ne se prolonge pas dans l'hypogastrique.

Foie jaunâtre ; reins blancs et flasques. Rate volumineuse et friable.

3° *Thorax.* — Le poumon droit présente de très nombreuses adhérences anciennes et, au sommet, quelques granulations d'aspect tuberculeux.

Le poumon gauche offre en un point de son lobe inférieur une fausse membrane blanchâtre.

Il y a du liquide citrin dans le péricarde. Le cœur est flasque et mou.

Dans les cultures provenant de l'ensemencement de l'utérus et des différents viscères on trouve des streptocoques. Ils sont à l'état de pureté dans la rate. Ce sont les cultures de cette rate qui ont servi à M. Wallich dans ses expériences sur le sérum de Marmorek (voyez plus loin son rapport sur la sérothérapie de l'infection puerpérale).

II°. 20e Symphyséotomie. Femme L..., 31 ans, Vpare ; bassin annelé de 89 millimètres.

Le travail commencé en ville, surveillé depuis trois jours par une sage-femme et par un médecin, durait depuis 66 heures lorsque cette femme fut amenée à la Clinique.

Le liquide était vert, épais, extrêmement fétide. Mais la température était à 37°,2 et le pouls à 84.

La symphyséotomie pratiquée d'emblée par M. Pinard lui permit d'extraire facilement par forceps, avec écartement de 55 millimètres, un enfant de 3,700 grammes, en état de mort apparente, exhalant une odeur repoussante et qui fut ranimé en 9 minutes. Cet enfant fut pris de broncho-pneumonie le troisième jour, mais sortit guéri le vingtième jour, pesant 3,790 grammes.

Dès le deuxième jour au soir, la température de l'opérée atteignait 38°.

Le troisième jour, à onze heures du matin, survint un frisson violent suivi d'une ascension à 39°,4. On enlève, pour installer l'irrigation continue, le tampon de gaze iodoformée placé après l'opération. Il s'écoule du vagin quelques cuillerées de liquide horriblement fétide et des fragments de membrane.

La plaie opératoire présentait un bel aspect ; ni rougeur, ni gonflement.

Le soir, la température tombait à 37°,4 ce qui parlait en faveur d'une infection utérine et seulement utérine.

Pourtant, malgré le traitement intra-utérin continué les jours suivants, la température moyenne reste élevée et oscille entre 38 et 40°.

Le septième jour, la malade est très abattue ; la température à 40° M. Pinard enlève à neuf heures du matin les fils de la plaie symphysienne qui superficiellement paraît cicatrisée.

A deux heures après-midi, en se tournant dans son lit, la femme

perçoit un craquement au niveau du bassin, et il se produit à la partie inférieure de la plaie, qui paraissait cicatrisée, une fissure de quelques millimètres d'étendue par où s'écoule un verre à bordeaux environ de sang noir et putride. Lavage et drainage.

La température monte le soir à 41°. Mort le lendemain matin à 6 heures.

L'examen du sang, pratiqué 2 jours avant la mort par M. Wallich, chef de laboratoire, a donné les résultats suivants :

1° L'examen direct du sang sur des lamelles fut négatif.

2° Les bouillons inoculés avec ce sang se troublèrent au bout de deux jours ; des tubes d'agar ensemencés avec ce bouillon présentèrent des cultures pures de staphylocoques dorés.

L'examen cadavérique ne fit découvrir aucune communication entre la plaie opératoire et le tractus génital.

Le péritoine, l'utérus, les annexes semblaient sains. Mais il n'en fut fait aucun examen bactériologique, la pièce ayant été conservée pour des injections vasculaires. Je renvoie pour les détails de l'autopsie au compte rendu in extenso que j'en ai donné in *Annales de Gynécologie*, juin 1893, p. 533 à 537.

III° 47e Symphyséotomie. Femme A..., 22 ans, Ipare. Bassin à viciation complexe. Malformation de la hanche droite et arrêt de développement avec synostose sacro-iliaque gauche (nous y reviendrons plus loin).

Travail commencé en ville par rupture prématurée des membranes et surveillé d'abord par une sage-femme et un médecin qui nous l'envoient le 11 septembre 1894, à 4 heures du soir, avec une dilatation grande comme 50 centimes et une température de 38°,5.

Le travail traîne en longueur le 12 et le 13 septembre. Le 12 au soir, température 38°,5, pouls 100.

Le 13 septembre, à 5 heures du soir, température 38°,1. Pouls 100. La dilatation ne fait pas de progrès. Elle est à 5 francs depuis la veille.

Je décide de faire pratiquer la symphyséotomie pour hâter le travail de dilatation. M. Wallich est chargé de ce soin à 6 h. 1/2 du soir.

Il fallut encore 12 heures pour que la dilatation fût suffisante pour songer à l'extraction du fœtus, extraction que je menai à bonne fin à l'aide d'une application de forceps et d'un écartement qui ne put dépasser 4 centimètres. Convaincu que j'étais de l'infection du canal génital, je fis une toilette soignée, suivie d'un curettage de la cavité utérine, et tamponnai à la gaze iodoformée. Il me parut qu'il n'y avait pas communication entre la plaie symphysienne et le vagin. C'était une erreur, comme le montra l'autopsie.

La température monta le 3e jour seulement à 38°,3.

—	—	4e jour	matin, 38°,8.
—	—	—	soir, 39°,3.
—	—	5e jour	matin, 39°,4.
—	—	—	soir, 39°,4.

Le 6e jour, la température restant très élevée (40°,2) et la plaie, bien que semblant extérieurement réunie et en bon état, m'inspirant quel que doute, je fis sauter les sutures Il s'écoule environ un verre à bordeaux de pus. L'exploration digitale permet de trouver et d'extraire quelques caillots putrides. Lavage, drainage.

Néanmoins la température monte le soir à 40° ; l'écoulement vaginal est infect.

La septicémie suit son cours et la femme meurt le 10e jour.

L'autopsie bactériologique a montré une septicémie à streptocoques. C'est à tort que l'observation publiée en 1894 dit que l'examen de la plaie opératoire n'a rien révélé de plus que ce qui avait été noté pendant la vie ; il y avait en effet communication entre le tractus génital, point de départ de l'infection, et la plaie opératoire. Mais je réserve ce point pour le chapitre où je traiterai de la symphyséotomie appliquée à l'agrandissement momentané des bassins obliques ovalaires.

IV° 63e Symphyséotomie. Femme T..., 29 ans, primipare, bassin de 80 millimètres.

Travail commencé neuf heures avant l'entrée à la Clinique. Rupture prématurée des membranes. Liquide amniotique purée. Col en voie d'effacement.

Le travail traîne en longueur, et après trente-six heures la dilatation ne fait que commencer.

La température est déjà à 38°,2 ; pouls 90.

M. Wallich fait la dilatation artificielle à l'aide du ballon de Champetier.

Ce n'est que quarante-deux heures après le début du travail que la symphyséotomie peut être pratiquée par M. Funck-Brentano. La température était à 38°,5. Écartement de 65 millimètres. Après trois échecs du forceps, M. Wallich extrait par version un enfant mort-né de 4,960 grammes.

Il n'y a pas de communication apparente entre le canal génital et la plaie opératoire.

Le lendemain soir, 39°,2.

Le quatrième jour, 38°,6. Curettage qui ramène de nombreux débris.

Le cinquième jour, 39°,2 et 38°,6. Les fils de la suture suppurent. La plaie est rouverte, grattée avec une curette et touchée au chlorure de zinc à 1/10. .

Du cinquième au douzième jour, malgré des pansements phéniqués à 2 p. 100 renouvelés toutes les quatre heures, la plaie se recouvre de fausses membranes grisâtres.

A partir du douzième jour, la plaie bourgeonne et se comble régulièrement. Tout danger de ce côté est conjuré.

Mais l'infection utérine, que trahissent les oscillations persistantes entre 38 et 40, se complique le vingt-deuxième jour d'une phlébite de la jambe droite, et le trente et unième jour d'une phlébite de la jambe gauche.

Le trente-sixième jour, apparition d'un abcès de la région temporale qui est incisé et drainé.

Là paraissaient devoir s'arrêter les complications d'origine septique, lorsque, le quarante-sixième jour, la malade présenta les symptômes d'une embolie pulmonaire à laquelle elle succomba en quelques instants.

L'autopsie nous a été refusée.

V° 82e SYMPHYSÉOTOMIE. Femme C..., 24 ans, primipare. Bassin de 93mm (1).

Entrée à la Clinique le 13 janvier 1897, à une heure du soir, venant de l'asile Saint-Jacques, à terme, profondément albuminurique ; dilatation complète ; la poche se rompt à l'arrivée.

Température 36°,9. Pouls 78.

Je copie l'observation :

« A son entrée, dit l'élève de garde, la malade est dans un état de malpropreté extrême. Elle présente : œdème généralisé, pâleur et bouffissure de la face. Œdème plus marqué aux malléoles et aux membres inférieurs. Les membranes se rompent au moment où la femme se met au lit. Liquide vert. Battements lents et sourds à 76.

La sage-femme en chef, prévenue, examine cette femme et trouve la tête non engagée en gauche transversale.

Après cinq heures d'efforts expulsifs impuissants à déterminer l'engagement, M. Lepage décide de faire la symphyséotomie.

(1) Observation encore inédite.

A 7 heures 50, chloroforme. Introduction du ballon de Champetier grand modèle qui est extrait à huit heures. La symphyséotomie faite par M. Bouffe, commence à 8 heures 10 et est terminée à 8 heures 17.

Écartement provoqué, 60 millimètres. Extraction par le forceps jugée dangereuse. Version ; l'orifice résiste lors du passage de la tête dernière qui est extraite difficilement par M. Lepage à 8 heures 30. Garçon de 3,500 grammes. Bipariétal 98, vivant; sorti vivant le quinzième jour.

Aussitôt, délivrance artificielle par M. Bouffe. Le pouls est à 78, mais devient rapidement filiforme et incomptable. Hémorrhagie utérine considérable après la délivrance. L'utérus ne se contracte qu'après une injection prolongée à 50°.

Tamponnement vaginal. Injection de 1,200 grammes de sérum. Lorsque l'hémorrhagie a cessé, suture de la plaie.

Il existe entre le vagin et la plaie opératoire une large communication qu'on ne réunit pas.

Voici la suite de l'observation jusqu'au treizième jour, date de la mort survenue par septicémie malgré un traitement intra-utérin précoce et rigoureux combiné aux injections de sérum de Marmorek.

14 janvier. 500 gr. de sérum salin le matin et 500 gr. le soir. Pâleur des téguments. État général mauvais. La malade boit du lait exclusivement.

Sérum Marmorek, 10 gr.

A 8 heures du soir, la malade n'ayant pas uriné, on retire le tampon vaginal. Il ne s'écoule que quelques gouttes d'urine.

Le 15. 2 heures du matin. La malade dort. Un peu de dyspnée. Narines fuligineuses.

8 heures du matin. Température 39°,4, pouls 144. Dyspnée. Bouffée rouge aux pommettes. Ventre plat non douloureux. Pas de point de côté. Un peu de toux. Un litre d'urine.

On fait à la malade 500 gr. de sérum salin. On lui donne du lait et du champagne, et on la soumet à l'irrigation continue.

	TEMPÉRATURE	POULS
11 h. 30 matin...	39°,2	124
5 h. 20 soir.....	39°,4	144
10 h. 30 —	38°,7	140
12 h. —	38°,8	140

Eau phéniquée à 1/300. Langue sèche, narines pulvérulentes. Pas de frisson, pas de délire.

Ensemencement du sang resté stérile.

Tuméfaction et douleur intense à la cuisse gauche, au niveau d'une piqûre de sérum.

Le soir, injection de 20 gr. sérum de Marmorek, 500 gr. de sérum salin.

	TEMPÉRATURE	POULS
Le 16, 1 heure matin...	37°,3	136
8 — — ...	36°,8	132

Eau phéniquée à 1/600.

La femme dort un peu. Sa langue est humide.

A 8 heures on cesse l'irrigation. On donne à la malade un lavement de vin. Garde-robe peu abondante. Injection de 500 gr. de sérum salin.

A 9 heures et demie du matin on recommence l'irrigation.

	TEMPÉRATURE	POULS
Midi...........	38°,5	152
4 h. 30 soir.....	37°,8	132

Eau phéniquée à 1/300.

Injection de 20 gr. sérum de Marmorek.

A 4 h. 40 on cesse l'irrigation. 20 grammes sérum de Marmorek.

A 6 h. 15 soir, M. Bouffe pratique le curettage. Extraction de membranes et de caillots. (Débris du curettage confiés à M. Roux.) Après le curettage on fait une injection de 500 gr. sérum salin.

A 8 heures du soir, température 39°,5, pouls 140.

A 8 h. 30, on recommence l'irrigation.

Il existe un œdème considérable des grandes lèvres.

La femme a une diarrhée abondante. État général mauvais.

Le 17,

	TEMPÉRATURE	POULS
7 h. 30.......	36°,5	120
11 heures......	37°,6	120
7 h. 30 soir....	38°,4	132

10 grammes sérum Marmorek, 500 grammes sérum salin.

500 grammes sérum salin.

On cesse l'irrigation à 7 heures et demie.

Le 18,

	TEMPÉRATURE	POULS
4 heures matin..	38°,9	140
6 — —...	38°,9	140
8 h. 30 —...	38°,5	144

A 9 heures et demie du matin, injection de sérum salé, 500 grammes.

A 1 heure du soir, 20 grammes sérum de Marmorek.

A 3 h. 15, premier frisson qui dure sept minutes.

A 4 h. 30, température 40°,2, pouls 150.

A 5 h. 40 du soir, température 39°,6, pouls 144.

A 6 h. 15, deuxième frisson qui dure quinze minutes.

A 6 h. 30, injection de 20 grammes sérum de Marmorek et 500 grammes sérum salin.

A 2 heures du matin, température 39°,2, pouls 136.

La malade a bien dormi.

A 7 heures du matin, troisième frisson, durée quarante-cinq minutes.

9 heures du matin. Température 40°,6, pouls 144.

Injection de sérum salin 500 grammes, 20 grammes sérum de Marmorek.

Langue sèche. Pas de délire.

A 11 heures du matin, quatrième frisson.

Le 19, à 2 heures du soir, sueurs abondantes. Température 39°,3, pouls 156.

A 6 heures, température 38°,6, pouls 140.

A 9 heures, lavement de vin. Selles abondantes. Injection de 500 grammes sérum salin, 20 grammes sérum Marmorek.

Le 20. A 2 heures du matin, cinquième frisson durant dix minutes. Température 39°,7, pouls incomptable.

A 9 heures du matin, 38°, 128 pulsations.

Injection de 500 grammes sérum salin, 20 grammes sérum de Marmorek.

A 11 heures du matin, sixième frisson ; durée cinq minutes.

Température après le frisson, 39°,6, pouls 118.

11 h. 25, septième frisson ; durée vingt minutes.

Midi, 500 grammes sérum salin.

6 heures du soir. Température 37°,8, pouls 120.

Injection 1,000 grammes sérum salin.

Huitième frisson à 9 h. 45 du soir ; durée quarante minutes.

Température après 39°, pouls 130.

Le 21, 9 heures du matin. Température 40°, pouls 122. 600 grammes sérum salin.

1 heure du soir. Température 39°.

4 heures du soir. M. Bouffe examine la femme pour savoir d'où provient un écoulement puriforme d'odeur infecte. Il n'y a pas d'abcès, mais il existe un œdème très considérable des grandes et des petites lèvres. Les parois du vagin, le périnée sont sphacélés.

Lavage au permanganate et tampon imbibé de permanganate à 0,50 p. 1000.

Le 22, à 4 h. 30, neuvième frisson; durée un quart d'heure.

Température après, 39°,7, pouls 160. 400 grammes de sérum salin.

Dans les vingt-quatre heures la malade a bu 2 litres de lait, 2 demi-bouteilles de champagne, du café.

A 2 heures du soir, dixième frisson ; durée une heure environ.

Température 39°,2. 1,000 gr. de sérum salin.

Onzième frisson; durée trente minutes. Température 41°,5, pouls 160. 500 grammes de sérum salin.

A bu dans les vingt-quatre heures 2 litres de lait, une demi-bouteille de champagne, du café.

Le 23. 9 heures du matin, 650 grammes sérum salin.

Midi, 550 grammes sérum salin.

3 heures du soir, 50 centigrammes sulfate de quinine.

6 heures du soir, 500 grammes sérum salin.

11 heures du soir, 50 centigrammes de quinine.

La malade boit un litre de lait, une demi-bouteille de champagne, un litre de bouillon, café, dans les vingt-quatre heures.

Le 24, matin, 500 grammes sérum salin.

Lavement de vin. Selle peu abondante.

4 heures du soir, 50 centigrammes sulfate de quinine.

Dans la soirée, délire, langue sèche, sueurs profuses.

Soir. 700 grammes sérum salin.

Le 25, matin, 1,000 grammes sérum salin. L'état général est très mauvais. La langue sèche, les narines pulvérulentes. La femme n'entend presque plus et ne prononce que quelques mots inarticulés. Elle boit un peu de lait.

A 10 heures, M. Bouffe pratique une vingtaine de mouchetures sur les grandes lèvres pour faire écouler la sérosité, puis il forme un faisceau composé d'une canule à plusieurs trous et de deux gros drains qu'on introduit dans le vagin ; il s'écoule aussitôt une quantité de sanies fétides.

On soumet la femme à l'irrigation vaginale continue avec une solution de chloral à 2/100. Température 39°,4. Pouls 108.

11 h. 35. On emploie une solution de permanganate de potasse à 1/2000.

2 h. 30. Température 39°,9, pouls irrégulier.

4 h. 40. Température 40°, pouls 152.

5 h. 45. Eau phéniquée à 1/600.

6 h. 35. Température 39°,9. Pouls 160.

8 heures. On cesse l'irrigation. Sérum salin, 500 grammes.

Nuit, même état.

Le 26, 9 heures du matin. Température 41°,5, pouls 160.

11 frissons, 15 litres de sérum pendant la maladie.

Mort à 11 heures du matin.

Autopsie, faite le 27 janvier 1897.

Péritoine sain, pas traces d'adhérences. Annexes saines. Utérus revenu.

Dans le cul-de-sac vésico-utérin, une cuillerée à café de liquide louche dont M. Marmorek a fait une prise.

En regardant la région opératoire par le ventre : rien.

A droite de l'utérus et de la vessie, par transparence, on aperçoit un épanchement sous-péritonéal qui paraît fuser dans la gaine de l'iliaque externe et qui s'étend un peu dans la fosse iliaque droite.

Au premier abord la plaie symphysienne, dont on a enlevé les fils, paraît réunie par première intention. Mais on décolle facilement les adhérences et on tombe en arrière de la peau intacte sur une poche dans laquelle on pourrait loger une noix ; les parois de cette loge inter et rétro-pubienne sont sphacélées. Elle contient un liquide infect dont M. Marmorek fait une prise.

En pratiquant le toucher vaginal on pénètre dans cette loge, et la communication qui semble à droite de la ligne médiane permet l'introduction facile de trois doigts.

De la plaie opératoire on pénètre dans une corne qui s'en va à gauche à 9 centimètres de la symphyse, et à droite dans une autre qui s'éloigne de 6 centimètres.

L'ouverture en est faite. Ces deux prolongements sont remplis d'un liquide sanieux.

En avant de la symphyse il existe un cul-de-sac qui va de 2 centimètres et demi à 3 centimètres entre les téguments et le bassin.

Poumons. — Adhérences récentes de la plèvre droite (lobe supérieur). Deux cuillerées à bouche de liquide dans la plèvre.

Poumons sains à l'œil nu.

Cœur. — Beaucoup de liquide verdâtre dans le péricarde.

Endocarde : rien.

Une prise de sang dans le cœur droit.

Foie. — 2 kilos. Muscade.

Reins. — Décortication facile. Examen fait. Plusieurs pyramides paraissent malades.

Rate. — 400 grammes.

Utérus. — Est revenu sur lui-même ; mais à la coupe les vaisseaux sont gorgés de pus, dans une épaisseur de 1 centimètre environ; le voisinage du péritoine *paraît* sain. Le col est en mauvais état, sphacélé. Rien dans les trompes.

Les débris du curettage pris le troisième jour, sans toucher au vagin ni à la plaie, ont été examinés par M. Roux, qui y a trouvé de nombreux organismes variés et très virulents.

Voici la note bactériologique remise par M. Marmorek.

« *Péritoine.* — Coli pur.

« *Plaie.* — Streptocoques et staphylocoques, coli, bacille anaérobie (par le Gram).

« *Utérus.* — Coli, streptocoques, deux sortes de bacilles anaérobies (un gros long et un petit).

« *Sang du cœur.* — Rien. »

Au point de vue pratique nous appelons tout spécialement votre attention sur ce fait que 3 des cinq décès de ce groupe (**I, III, IV**) se sont produits chez des femmes qui présentaient de la fièvre au moment où se posa l'indication de la symphyséotomie, et qui déjà, à plusieurs reprises, au cours d'une période de dilatation anormalement prolongée, avaient eu des élévations de température (81°, 47°, 63°).

Nous reviendrons sur cette infection préopératoire en parlant tout à l'heure des contre-indications de la symphyséotomie.

6° CONCLUSION

La symphyséotomie est suivie d'une restauration fonctionnelle parfaite. Il n'est nullement démontré jusqu'à présent qu'elle agrandisse le bassin pour l'avenir. Une

symphyséotomie guérie par 1re intention n'apporte aucune gêne, aucun trouble dans les grossesses et les accouchements ultérieurs. L'opération pout sans difficultés et sans inconvénients être faite plusieurs fois chez la même femme.

La symphyséotomie est suivie d'une restauration fonctionnelle parfaite.

Nous sommes restés en communication au moins annuelle avec le plus grand nombre de nos opérées qui, le 7 décembre, viennent, à la demande de M. Pinard, faire constater leur état par les étudiants suivant la clinique.

Nous avons donc pu, à maintes reprises, constater et faire constater l'innocuité parfaite de la symphyséotomie en ce qui touche les points principalement discutés : fonction urinaire, fonctions du pelvis, marche, etc.

Le tableau II, dressé par moi le 7 décembre 1896, permet de se rendre compte de la surveillance que nous exerçons sur nos anciennes opérées.

Nous avons pu montrer ce jour-là deux des 13 symphyséotomies opérées en 1892 ; 8 des 13 symphyséotomies opérées en 1893; 8 des 20 symphyséotomies opérées en 1895, 4 des 14 opérées en 1896.

Plusieurs sont restées infirmières ou nourrices dans le service et y ont été vues par un certain nombre d'entre vous de passage à Paris.

Ce qui prouve bien d'ailleurs que la symphyséotomie ne laisse aucune tare après elle, c'est ceci : nos opérées savent très bien que nous leur portons le plus vif intérêt, qu'il leur suffirait de venir frapper à notre porte pour la voir s'ouvrir toute grande, que nous les hospitaliserions sans la moindre difficulté si elles avaient besoin de soins ou de repos. Or elles viennent de temps à autre nous visiter, nous montrer leurs enfants, nous demander conseil pour l'allaitement ou le sevrage. Mais depuis 1892, mise à part la femme à la fistule dont je vous ai entretenus, il n'en est pas une qui soit venue demander à être hospitalisée, même pour quelques jours, pas une qu'une suite éloignée de son opération

ait contrainte au repos ou au chômage. Elles ont repris leurs occupations, et leur état leur paraît à ce point satisfaisant qu'elles ne cessent même pas de travailler lorsqu'elles redeviennent enceintes. Elles nous reviennent au dernier moment, alors qu'elles ressentent les premières douleurs.

C'est qu'en effet nous avons pu depuis 1892 constater sur nos opérées survivantes 15 récidives. De plus, deux femmes opérées dans d'autres services, par M. Auvard et par M. Guéniot, sont revenues accoucher à la Clinique Baudelocque.

Nous sommes donc actuellement en possession de 17 cas de grossesse et d'accouchements consécutifs à une symphyséotomie.

C'est l'étude de ces 17 cas qui nous permet de dire:

1° Qu'une symphyséotomie guérie par première intention n'apporte aucune gêne, aucun trouble dans les grossesses et les accouchements ultérieurs ;

2° Que l'opération peut sans difficultés et sans inconvénients être faite plusieurs fois chez la même femme;

3° Enfin qu'il n'est nullement démontré, jusqu'à présent, que la symphyséotomie agrandisse le bassin pour l'avenir.

Des 17 femmes redevenues enceintes après une première symphyséotomie, 4 seulement ont été symphyséotomisées une seconde fois et avec plein succès. Voici leurs observations :

Femmes symphyséotomisées à nouveau.

4e et 42e SYMPHYSÉOTOMIE (femme R.).

Bassin rachitique annelé. Promonto-sous-pubien, 98.

Taille 1 m. 46. 1er accouchement en 1886 (clinique d'Assas), embryotomie après 2 jours de travail.

2e accouchement en 1887 (Lariboisière), accouchement provoqué à 8 mois, version, tête avec procid. cordon, mains, 1 pied. Fille, 2,400 grammes, ranimée sans insufflation, morte le lendemain.

3e accouchement en 1890 (Tenon), provoqué à 8 mois, basiotripsie.

4e accouchement, 1re symphyséotomie. — Dernières règles du 3 au 5 août. Hauteur utérine, 29 centim. G. T.

Vu les antécédents, M. Pinard décide de provoquer l'accouchement et de pratiquer la symphyséotomie d'emblée le 3 mai 1892.

Après 6 heures de travail, dilatation complète, poche intacte sans procidence. Je fais la symphyséotomie.

Écartement, 3 à 4 centim.

Forceps après rupture des membranes.

Garçon, 2,130 grammes.

Bipariétal, 82.

Ranimé en deux minutes sans insufflation.

Chétif, mis dans une couveuse à 36°; la respiration se fait mal pendant toute la journée du 3. Cyanose; refuse le sein, mais prend et garde le lait qu'on lui donne.

4 mai, même état. Respiration accélérée; cyanose persistante. Lait rejeté.

Mort le 5, à 6 heures du matin.

Autopsie, à 6 heures du soir.

Tous les viscères paraissent sains. La tête a été préparée par Tramond et est conservée au musée. Aucune fracture ou fissure, os wormiens.

Suites de couches pathologiques; abcès de la grande lèvre gauche incisé et drainé le 17e jour, sans connexion avec la plaie opératoire dont la réunion s'est faite par première intention.

L'opérée se lève le 26e jour et marche sans douleur. Sortie le 23 juin en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892; aucun trouble de la marche ni de la miction.

Revue le 7 décembre 1893; enceinte.

2e symphyséotomie. — Revenue en 1894 (obs. 809), en travail avec dilatation paume de main, membranes intactes.

Dernières règles du 12 au 20 août 1893.

Bassin non mesuré à nouveau.

G. T. non engagée.

Après 10 h. 45 de travail et 45 minutes d'expulsion, symphyséotomie d'emblée par M. Pinard.

Écartement, 45 millim.

Forceps immédiatement après rupture artificielle des membranes.

Garçon de 2,710 grammes.

Bipariétal, 90.

Poids à la sortie, le 30e jour, 3,460.

Se lève le 20e jour ; marche avec la plus grande facilité.

Revue en bon état le 7 décembre 1894

9e et 51e SYMPHYSÉOTOMIE (femme C.).

Bassin rachitique annelé. Promonto-sous-pubien, 92.

Taille 1 m. 39. 1er accouchement en 1889 (Lariboisière), basiotripsie, 2 broiements par moi ; poids de l'enfant, 3,350 grammes.

2e accouchement, 1re symphyséotomie. — Dernières règles du 10 au 15 novembre. G. T.

A terme, de propos délibéré, après 23 heures de travail, membranes intactes, symphyséotomie d'emblée par moi.

Écartement, 70 millim.

Forceps.

Garçon de 3,200 grammes.

Bipariétal, 95.

Poids à la sortie, le 24e jour, 3,630 grammes.

Suites de couches légèrement pathologiques (maximum 38°,5).

Se lève le 19e jour ; marche seule et sans douleurs.

Sort en parfait état le 34e jour.

Revue le 7 décembre 1892 en bon état.

N. B. — Au cours de l'extraction il s'était produit, à gauche de l'urèthre, intact ainsi que le montra le cathétérisme, une déchirure longitudinale de la paroi antérieure du vagin permettant de conduire, par le vagin, l'index entre les pubis écartés.

Ce vagin fut tamponné à la gaze iodoformée laissée en place pendant 3 jours.

A la sortie, pas de mobilité anormale, pas de troubles de la miction ni de la marche ; cicatrice vaginale nettement perceptible au toucher, non douloureuse.

Revue le 7 décembre 1893.

Le 27 novembre 1894, enfant très bien portant. Mère enceinte de 6 mois, marchant bien, sans aucune difficulté.

A aucun moment de cette 3e grossesse n'a éprouvé le moindre trouble.

3e accouchement, 2e symphyséotomie. —. Revenue le 24 février 1895 (obs. 313 ; 51e symphyséotomie) en travail ; dilatation 5 francs.

Dernières règles, 20 à 23 mai.

Mouvements actifs en octobre.

Hauteur utérine 36. G. T. (bassin non remesuré).

Après 18 heures de travail, la dilatation étant complète, symphyséotomie d'emblée par moi.

Incision de la peau dans l'ancienne cicatrice. Après la section des brides fibreuses péri-symphysiennes on n'a pas à sectionner la symphyse Écartement provoqué, 65 millim.

Rupture artificielle des membranes.

Forceps : tête très élevée remontée par le forceps. Traction d'essai. La tête ne descend pas et on a la sensation qu'on ne pourra l'engager sans faire courir de risques à l'enfant.

Je fais la version sur le pied droit, le bon.

Au passage de la tète qui se fait sans ressaut et sous une faible pression hypogastrique, l'écarteur marque 55.

L'enfant crie quelques instants après l'extraction. Il présente un enfoncement du pariétal gauche à son angle antéro-inférieur.

Le diamètre qui va du fond de la dépression à la bosse pariétale antérieure mesure 92.

N'a pas eu de convulsions dans la journée et la nuit; crie et tette bien sa mère. Le diamètre ci-dessus mesure 95.

L'enfoncement a presque disparu le lendemain.

Aucune lésion du vagin.

Garçon de 3,260 grammes pesant le 32e jour, 3,780 grammes.

Température maxima, 38°,2.

Sortie le 12 mai.

Revue avec ses deux enfants en bon état le 9 décembre 1895.

24e et 52e SYMPHYSÉOTOMIE (femme B.).

Bassin aplati rachitique ; diamètre promonto-sous-pubien, 93.

Premier accouchement en 1891 (Baudelocque, n° 989), provoqué gémellaire.

Premier enfant, 2 forceps infructueux, version, mort-né, 2,450 grammes, fracture du pariétal droit.

Deuxième enfant, version, non ranimé, 2,220, sans fracture, mais hémorrhagie méningée ; fracture des deux humérus et clavicule gauche.

2e accouchement, 1re symphyséotomie. — Dernières règles, 12 à 15 novembre, entrée 17 juillet 1896.

Le 13 août, après 20 heures de travail, poche rompue, liquide vert ; symphyséotomie d'emblée par Lepage.

Écartement, 53 millimètres, forceps ; fille de 3,730 grammes, bipariétal, 94.

Suites de couches : 38 les deuxième et cinquième jours. Réunion par première intention.

Se lève le vingt-deuxième jour, deux heures, et le vingt-quatrième jour descend l'escalier.

Sort le trente et unième jour. Poids de l'enfant, 3,980 grammes.

Pas de nouvelles au 7 décembre 1893.

En février 1895, l'enfant est bien portant.

3e accouchement, 2e symphyséotomie. — Revenue en 1895, (no 315), le 20 février, cinq jours avant son accouchement.

Dernières règles, 24 au 28 mai.

Hauteur utérine, 44.

G. T. prise pour une droite, bassin remesuré ; promonto-sous-pubien, 95.

Le 25 février, après 7 h. 40 de travail, membranes rompues ; symphyséotomie d'emblée par Lepage.

Incision juste dans la cicatrice ; dans les manœuvres ayant pour but de mettre à nu l'articulation, la pointe du bistouri a pénétré peu à peu entre les deux pubis qui présentent un certain écartement d'un demi-centimètre. C'est seulement à la partie supérieure et inférieure de la symphyse qu'il existe du tissu fibreux *granité*.

Écartement provoqué de 60 millimètres.

Trois forceps infructueux, comme pour une droite ; alors application en gauche, extraction facile.

Fille de 3,660 grammes.

Bipariétal 103.

Suites normales ; réunion per primam. Se lève le vingtième jour et marche bien.

Allaite son enfant qui à la sortie, le 28 mars, pèse 3,890 grammes.

Revue avec son premier enfant le 9 décembre 1895 ; l'autre est en nourrice.

29e et 62e SYMPHYSÉOTOMIE (femme B.).

Bassin aplati rachitique ; promonto-sous-pubien, 97 millimètres.

1er Accouchement 1883. Pitié. Siège, forceps. Enfant mort 3 heures après.

2e — 1884. — provoqué à 8 mois et demi. Enfant petit, mort à 4 jours.

3e Accouchement à terme chez elle. Siège. Enfant mort.

4e — — — — 3 personnes pour extraire.

5e — — — —

6e accouchement, 1re symphyséotomie. — Dernières règles ? Amenée d'Alfortville après 12 heures de travail et applications de forceps réitérées de minuit à deux heures du matin ; arrivée à quatre heures.

Hauteur utérine, 41 centimètres.

G. T. Enfant vivant ; battements fréquents ; liquide vert.

T. 37°,7 ; pouls 132.

Symphyséotomie à six heures du matin par M. Pinard.

Écartement provoqué, 50 millimètres.

Forceps par moi.

Garçon de 3,820 grammes, bipariétal 95, ayant quelques battements cardiaques, mais n'a pu être ranimé ni par l'insufflation ni par les tractions de la langue.

Les applications de forceps antérieures à la symphyséotomie avaient déterminé des lésions du cuir chevelu et des fractures multiples des os du crâne.

Suites légèrement pyrétiques les six premiers jours, normales ensuite.

Se lève le vingt-huitième jour ; marche bien, sort en parfait état le soixantième jour.

Revue le 7 décembre 1894 en bon état, enceinte.

7e accouchement, 2e symphyséotomie. — Revenue en 1895, le 1er juin, no 1080 (62e symphyséotomie).

Dernières règles ?

Mouvements actifs du 15 au 20 janvier.

Hauteur utérine, 37 centimètres.

Bassin remesuré, promonto-sous-pubien 96.

Fœtus mobile, ramené en G. T. au début du travail.

Après quatre heures et demie de travail, symphyséotomie d'emblée par M. Pinard. Incision dans l'ancienne cicatrice ; les os sont écartés d'environ un demi-centimètre. L'incision postérieure est plus difficile en raison des adhérences de l'opération antérieure. Dans toute la partie postérieure de la symphyse, il existe une adhérence intime entre les tissus fibreux postérieurs, la vessie et le vagin en bas. Cette adhérence est extrêmement intime et le doigt introduit dans le vagin n'est séparé

d'une sonde introduite dans la vessie et du doigt de la plaie que par une membrane très résistante mais très mince. Il est donc impossible de sectionner à ce niveau, et malgré cela on obtient un écartement de 45.

Ni la main ni le forceps ne peuvent fléchir la tête ; au contraire, les tractions font une variété frontale.

Alors version, main gauche, pied postérieur, pied gauche, puis pied droit ; enfin évolution et manœuvre de Champetier.

Déchirure vaginale à gauche et en avant ; tamponnement.

Garçon de 3,610 grammes. Bipariétal 93, en état de mort apparente, ranimé par désobstruction et insufflation en une demi-heure.

Crie après une heure.

Il y a un enfoncement de la partie postérieure du pariétal gauche derrière l'oreille.

Suites normales. Réunion per primam.

Sortie 1er septembre. Enfant pesant 5,200 grammes.

Revue le 9 décembre 1895 avec son enfant.

Nos 13 autres récidivistes ont accouché spontanément.

Au premier abord cette constatation semble aller à l'encontre de la proposition que je veux établir, savoir : qu'il n'est nullement démontré *jusqu'à présent* que la symphyséotomie agrandisse le bassin pour l'avenir.

On sait que, dans son rapport au 5e Congrès de la Société allemande de gynécologie, tenu à Breslau en mai 1893, notre collègue M. Zweifel disait : « Il est vraisemblable, d'après la constance du résultat dans 5 cas, bien qu'aucune conclusion ferme ne puisse encore être formulée, qu'après la symphyséotomie il persiste un léger agrandissement du bassin *dans ses dimensions transversales*.

« Cette considération pourrait expliquer ces faits signalés depuis 100 ans : il est des femmes qui après une symphyséotomie ont accouché spontanément à la grossesse suivante. Depuis 100 ans cela a été invoqué comme l'objection la plus forte à l'opération, chaque cas de ce genre ayant été considéré comme une preuve que la symphyséotomie avait été superflue lors du précédent accouchement. »

Examinons d'abord les chiffres donnés par M. Zweifel (1) :

Distance des épines iliaques. Sur 7 cas on aurait constaté :	1 fois un gain de 5 millimètres.
	1 fois — de 7 millimètres.
	1 fois — nul.
	1 fois — de 20 millimètres.
	1 fois — de 10 millimètres.
	1 fois — nul.
	1 fois — de 20 millimètres.
Crêtes iliaques........ ...	1 fois un gain de 10 millimètres.
	1 fois — de 7 millimètres.
	1 fois — de 5 millimètres.
	1 fois — de 5 millimètres.
	1 fois — nul.
	1 fois — nul.
	1 fois — nul.
Trochanters...............	1 fois un gain de 5 millimètres.
	1 fois — nul.
	1 fois — nul.
	1 fois — de 15 millimètres.
	1 fois — de 10 millimètres.
	1 fois — de 20 millimètres.
	1 fois — de 10 millimètres.
Conj. externe........... ...	1 fois une perte de 10 millimètres.
	1 fois rien.
	1 fois un gain de 5 millimètres.
	1 fois — de 5 millimètres.
	1 fois — de 10 millimètres.
	1 fois une perte de 20 millimètres.

L'irrégularité, l'illogisme des chiffres ci-dessus rapportés suffisent à montrer qu'il est impossible d'étayer sur eux la doctrine de l'agrandissement persistant du bassin après symphyséotomie.

On voit en effet, sur le même bassin, les épines iliaques rester à la même distance qu'avant l'opération, les crêtes iliaques s'écarter de 5 millimètres, les trochanters ne pas bouger, le conjugué externe augmenter de 5 millimètres.

(1) V. *Annales de Gynécologie,* juin 1893, p. 585.

Sur un autre, tandis que les crêtes iliaques et les épines ne bougent pas, voici que les trochanters s'écartent de 20 millimètres, tandis que le conjugué externe gagne 10 millimètres.

Sur un troisième enfin, les épines s'écartant de 20 millimètres, les crêtes iliaques restent au même point, les trochanters gagnent 10 et le conjugué externe perd 20.

Je me borne à souligner ces invraisemblances et j'ajoute que la mensuration externe du bassin est chose trop peu précise pour qu'on puisse lui demander la solution du problème.

J'ajoute un peu plus de foi à la mensuration interne du promonto-sous-pubien; or dans aucun cas, lorsque nous avons été appelés à remesurer le bassin lors d'une grossesse ultérieure, nous n'avons obtenu un chiffre sérieusement différent de celui primitivement constaté.

D'ailleurs, Messieurs, raisonnons un peu. D'où pourrait venir l'agrandissement? D'un écartement persistant et *notable* des pubis. — Nous savons qu'un écartement pubien de 15 millimètres, c'est-à-dire un écartement admettant aisément le bout de l'index introduit derrière la symphyse, ne fait rien gagner, absolument rien, au diamètre antéro-postérieur du bassin. C'est cependant ce faible écartement que quelques auteurs ont signalé. Quant à nous, dans aucun des bassins symphyséotomisés que nous avons examinés de cette façon, nous n'avons pu noter même ce faible écart de 15 millimètres. Toujours *il nous a paru* que les pubis étaient au contact.

La radiographie, dont je vous parlerai dans une prochaine séance, nous dira bientôt de façon nette et précise si nos sensations ne nous ont pas trompés.

De plus, dans les 5 cas *non suppurés* dont nous avons fait l'autopsie, nous avons trouvé les pubis au contact dans le décubitus dorsal, jambes rapprochées, que gardent nos opérées jusqu'au jour où elles se lèvent et marchent et où l'examen clinique nous fait croire à l'absence de tout écartement.

Enfin, dans la seule autopsie tardive (16 mois après) dont j'aie connaissance et qui a été faite par un de vos compa-

triotes, on a vu une réfection parfaite de la symphyse, au point de vue macroscopique tout au moins (1).

Donc, Messieurs, l'agrandissement du bassin par écartement persistant des pubis, n'est nullement démontré.

On peut concevoir a priori un autre processus d'agrandissement :

« Tout en étant rapprochés, les pubis peuvent ne pas être, chez une femme qui a subi la symphyséotomie, aussi solidement unis qu'auparavant. Si le bassin est moins serré, et sans que les pubis s'écartent, les os iliaques moins étroitement appliqués au sacrum ne peuvent-ils pas conserver une mobilité plus grande? La course de l'antinutation se trouverait ainsi augmentée, d'où, pendant le travail et dans certaines attitudes que nous étudierons tout à l'heure, un agrandissement possible du diamètre antéro-postérieur ? »

Nous nous bornerons à dire à ce sujet que les examens que nous avons faits, même au cours de la grossesse, aux approches du terme, sur des femmes antérieurement symphyséotomisées, ne nous ont pas permis de constater, dans l'attitude dite à la Walcher, une augmentation plus considérable qu'à l'ordinaire du diamètre promonto-sous-pubien.

Ce point doit faire l'objet de nouvelles recherches.

Reste une dernière interprétation qui actuellement semble avoir quelque vogue. « En admettant, dit-on, qu'à l'état statique le bassin, naguère symphyséotomisé, conserve sa forme et ses dimensions antérieures, ne peut-il pas se produire, pendant l'accouchement, un écartement capable de réaliser un agrandissement notable du diamètre antéro-postérieur du bassin ? Ne se produit-il pas une sorte de symphyséoclasie sous-cutanée ?

Si cela était, Messieurs, nous le saurions. L'étude expérimentale, les constatations faites au cours de l'extraction consécutive à la symphyséotomie prouvent que, pour avoir un agrandissement notable d'un bassin vicié, il faut le plus souvent 4 à 5 centimètres, jamais moins de 3, fréquemment plus de 6 centimètres d'écartement pubien.

(1) (Freymann. *St-Petersb. Medic. Woch.*, 9 nov. 1895.

Or, je vous le demande, quelqu'un d'entre vous explorant la symphyse *par l'arrière ou par le bas*, au cours de l'engagement de la tête dans un bassin antérieurement symphyséotomisé, peut-il affirmer ici qu'il a mis à l'aise, entre les pubis, ne fût-ce que deux doigts de champ?

Pour nous, nous ne l'avons jamais pu faire, et c'est pourquoi j'ose conclure qu'il n'est pas démontré actuellement, qu'il est même douteux que, par ce mécanisme, la symphyséotomie agrandisse le bassin pour l'avenir.

Mais, direz-vous, comment donc expliquer que 13 des femmes opérées par nous ou par d'autres aient accouché spontanément sans nouvelle symphyséotomie?

D'abord, répondrons-nous, n'est-ce pas là chose courante dans les rétrécissements du bassin? Était-ce naguère fait si rare que de voir chez une femme à bassin vicié des accouchements spontanés alterner avec des accouchements artificiels par forceps, par version, par basiotripsie?

Et ne pouvons-nous pas trouver dans les conditions mécaniques d'accouchements qui chez la même femme se suivent sans se ressembler, l'explication de ces dissemblances?

Voyons à ce sujet nos onze observations personnelles :

2e SYMPHYSÉOTOMIE (femme G.).

Bassin aplati; promontoire accessible.

I

Dernières règles, 10 au 12 mai.

Hauteur utérine, 47 centimètres.

G. T. non engagée, 25 février 1892.

Trois heures après dilatation complète, chloroforme, forceps par Lepage.

Tractions quinze minutes sans résultat.

Deuxième tentative, trois minutes, infructueuse.

Cinq heures après dilatation complète, symphyséotomie par Pinard. Écartement 6 centimètres.

Forceps.

Garçon vivant, 4,630 grammes. Bipariétal 93.

Se lève le trente-troisième jour.

Revue le 7 décembre 1892; aucun trouble de la marche ni de la miction. Enfant en nourrice, bien portant.

Revue le 7 décembre 1893; l'enfant a eu la médaille d'or au concours des bébés; mort de broncho-pneumonie au commencement de 1894.

II

Revenue en 1895, observation 805.

Dernières règles, 5 au 10 août.

Entrée le 18 mai, en travail.

Hauteur utérine, 38 centimètres. G. A.

Accouchement spontané après huit heures de travail et cinq minutes d'expulsion.

Fille vivante, 3,920 grammes.

Bipariétal 92.

Suites de couches normales.

Sortie le neuvième jour.

34e SYMPHYSÉOTOMIE (femme J.).

Bassin légèrement aplati.

I

Ipare. Dernières règles, 10 mai.

Entrée le 2 janvier 1894.

Bassin marqué d'abord normal, puis 109 promonto-sous-pubien (?).

Tête déjetée à gauche, masse placentaire remplissant la moitié droite du bassin.

G. T. très élevée.

Début du travail, 20 février, une heure et demie du matin.

A la salle à quatre heures.

Début de dilatation, 20 février, 11 heures du soir.

Dilatation complète, quatre heures du matin, 21 février.

A midi trente, 21 février, Wallich examine sous le chloroforme, trouve tête élevée, défléchie.

A une heure dix, M. Pinard examine et conseille forceps.

Wallich fait donner chloroforme, et trouvant tête toujours très élevée, décide d'attendre.

A trois heures, Varnier constate variété frontale et obliquité de Nægele et conseille symphyséotomie.

Cathétérisme vésical impossible sans repousser la tête.

Symphyséotomie, douze heures après dilatation complète.

Écartement, 50 millimètres.

Extraction forceps. Fille vivante 3,590 grammes. Bipariétal 100.

Tête dessinée, présentant la déformation caractéristique.

Sortie le 4 avril 1894.

Revue quelques jours avant le 7 décembre 1894, enceinte.

II

Revenue en 1895, 21 janvier, n° 352.

Se croit enceinte du 20 au 25 avril.

Hauteur utérine, 35 centimètres.

G. T. Début du travail 4 mars, une heure du matin.

Dilatation complète à midi ; rupture spontanée des membranes ; tête fléchie, expulsée cinq minutes après.

Fille vivante 3,730 grammes ; bipariétal 98.

Sortie le dixième jour.

17e SYMPHYSÉOTOMIE (femme Ch.).

Bassin vicié — non mesuré.

I

Ipare. Dernières règles, date ignorée.

Hauteur utérine, 29.

Amenée le 6 février par sage-femme et médecin ayant constaté une viciation assez considérable du bassin ; dilatation 5 francs, membranes intactes.

G.T. non engagée.

Après 38 heures de travail, dilatation complète, rupture des membranes, liquide normal.

2 heures après, la tête ne descendant pas, forceps sous chloroforme (Lepage).

Tractions 10 minutes sans succès.

Alors symphyséotomie par Lepage.

Écartement, 50 millimètres.

Forceps.

Fille 2,950. — Bip. 92.

Levée 24e jour, marche bien.

Sortie le 26e jour. Enfant sorti le cinquième jour. 3,020 grammes.

Mis en nourrice à la campagne, mort à 7 mois.

Revue le 7 décembre 1893. — N'est pas venue le 7 décembre 1894 mais a envoyé de ses nouvelles; retenue par son travail, enceinte de 2 à 3 mois.

II

Accouchée en ville le 3 avril 1895 (à 7 mois) d'une fille qu'on nous a amenée pour être mise en couveuse le 4 et qui est morte le 11.

35e SYMPHYSÉOTOMIE (femme D.).

Bassin canaliculé. Taille, 1m,55. Promonto-sous-pubien, 102.

I

Ipare. Dernières règles, 3 au 6 mai.

Entrée 25 février 1894, 4 h. 30 soir; membranes rompues; liquide vert; en travail le 1er mars, 6 heures matin.

A cinq heures soir, début de dilatation. Tête élevée O.I.D.T; battements fœtaux à 74; suture à 1 c. du pubis.

A 8 h. 50 pas de progrès, dilatation 2 francs. — C'est alors que M. Pinard décide de pratiquer la symphyséotomie afin que la tête puisse descendre et produise elle-même la dilatation.

A minuit 45 seulement la dilatation est complète.

Écartement, 70 millimètres (?).

Garçon, 3,380 (sans méconium). Bipariétal, 90.

Parti en nourrice le 7e jour; poids, 3,370 grammes; bien portant en 1896.

Levée le 20e jour.

Sortie le 29e.

II

Revenue 17 juillet 1896, no 1232.

Entrée à 11 heures matin, dilatation 2 francs, perd les eaux à 8 h. 30 du soir, 16 heures après le début du travail qui a duré en tout 34 heures.

Tête élevée D. T.; bruits du cœur, 140 à 180.

17 juillet, 1 h. 1/2 soir, la femme a envie de pousser; au toucher: petite paume, tête engagée, os chevauchent considérablement.

Dilatation complète, 2 heures.

2 h. 25, expulsion spontanée.

Fille vivante, 2,980 ; bipariétal 88.

Légère dépression produite par l'angle sacro-vertébral au niveau du temporal droit.

A sa sortie le 21 juillet, 2,900.

Sortie le 9e jour.

10e SYMPHYSÉOTOMIE (femme A. F.).

Bassin aplati ; promonto-sous-pubien, 100.

1re grossesse 1891, n° 468. Cl. Baudelocque. Accouchement gémellaire. Albuminurie et éclampsie.

Extraction par les pieds. 1er, 2,300 ; bipariétal, 85 ; mort à 14 jours. 2e, 1,980 ; bipariétal, 84 ; mort à quatre mois.

I

IIpare. Dernières règles, 15 à 18 décembre 1891.

G. T. non engagée.

Après 50 heures de travail, dilatation stationnaire, à 5 francs depuis 12 heures ; dilatation avec ballon Champetier et deux applications de forceps infructueuses par moi, symphyséotomie par M. Pinard.

Écartement, 45 millimètres.

Forceps.

Garçon, 3,220 grammes ; bipariétal, 90.

Se lève le 19e jour, marche seule et très bien.

Sortie le 37e jour.

Revue le 7 décembre 1892 ; en bon état.

L'enfant est en nourrice et bien portant.

II

Revenue en 1893, observation 1439.

Dernières règles, 8 au 16 janvier.

Entrée le 26 septembre.

Hauteur utérine non notée. D. T. élevée.

J'ai mesuré à nouveau le bassin. Promonto-sous-pubien, 101.

Accouchement spontané après 16 h. 50 de travail et 4 minutes d'expulsion.

Garçon, 3,250 grammes.

Bipariétal, 83 ; tête très réductible ; le pariétal droit chevauche d'une façon très accusée sur le pariétal gauche.

A 6 heures et demie du soir, la dilatation étant comme 5 francs, je prévois un accouchement spontané, car la tête est très amorcée, suture sagittale à 68. — A 7 h. 46, dilatation complète, et à 7 h. 50 expulsion.

Suites de couches normales.

Sortie le 16e jour.

16e SYMPHYSÉOTOMIE (femme L.).

Bassin aplati ; promonto-sous-pubien, 98.

1re grossesse. Accouchement spontané à terme ; enfant vivant, mort deux jours après.

2e grossesse. Accouchement spontané à terme ; enfant vivant, mort à huit mois.

I

IIIpare. Dernières règles, 16 au 21 avril.

D. T. non engagée.

Après 17 heures de travail, 1 heure après dilatation complète et rupture des membranes, liquide vert, bruits du cœur normaux, tête bien orientée ne s'engageant pas, symphyséotomie d'emblée.

Écartement, 57 millimètres.

Forceps.

Garçon, 3,390 gr. bipariétal, 99.

Se lève le 20e jour et marche bien.

Sortie le 30e jour.

Enfant mort le 3 février 1896 de broncho-pneumonie.

II

Revenue en 1895, n° 438.

Dernières règles, 12 à 13 juin ; nous arrive en travail le 18 mars.

Dilatation paume de main, membranes intactes ; tête très élevée.

Durée totale du travail, 5 h. 20.

Cinq minutes après dilatation complète et rupture des membranes (liquide vert et épais), expulsion spontanée.

Fille vivante, 2,850 gr., bipariétal 91.

Sortie le 8e jour. Enfant mort à 4 mois de bronchite.

III

N° 2081 de 1896.

Dernières règles, 20 à 26 février 1896 ; revenue le 27 novembre, accouchée le 30.

Hauteur utérine, 33 centimètres.

D. T. non engagée.

Durée totale du travail, 6 heures.

A la dilatation complète, tête élevée ; rupture des membranes, liquide normal. Engagement immédiat. Expulsion, 5 minutes.

Garçon, 3,410. Bipariétal, 100.

Sortie le 7e jour ; enfant pesant 3,490 gr.

54e SYMPHYSÉOTOMIE (femme R.).

Bassin annelé ; promonto-sous-pubien, 93.

Première grossesse en 1893 ; accouchement spontané à terme, sommet, fille vivante en 1897.

I

IIpare. Dernières règles, 24 au 26 juillet.

Hauteur utérine, 33 centimètres à l'entrée à la salle.

G. T. non engagée.

Après 37 heures de travail, la dilatation étant complète depuis 2 heures, liquide vert, température matin 38°,5, pouls à 100, symphyséotomie.

Écartement, 60 millimètres.

Forceps. Garçon, 3,770. Bipariétal 98.

Communication de la plaie symphysienne avec le vagin, suture.

Escharc sur le pariétal gauche à 4 centimètres de la suture sagittale.

Suites de couches normales, sauf 38° le 5e jour.

Se lève le 20e jour et marche bien.

Sortie le 30e jour. Enfant pesant 4,620 grammes.

Revue en parfait état le 9 décembre 1895 ; enfant vivant en 1897.

II

Revenue en 1897 le 10 mai, observation 834.

Dernières règles, 5 à 7 août.

Hauteur utérine, 32 centimètres.

D. T. non engagée.

M. Pinard a mesuré à nouveau le bassin : promonto-sous-pubien, 94.

Après 15 heures de travail et 50 minutes d'expulsion, accouchement spontané ; fille 3,220 grammes ; bipariétal, 92.

Il ne reste de trace visible de la symphyséotomie antérieure qu'une très faible cicatrice linéaire de la région pubienne. On peut à la palpation percevoir l'existence d'un faible relâchement de la symphyse entraînant un très léger degré d'écartement des os pubiens.

Suites de couches normales.

Sort le 9e jour.

37e SYMPHYSÉOTOMIE (femme C.).

Bassin annelé ; promonto-sous-pubien, 92 à 97 ; rachitisme.

1er accouchement, spontané à terme, 1887, chez une sage-femme de Lariboisière ; 20 heures travail ; garçon, mort à 5 ans.

2e accouchement, Baudelocque, n° 1155 de 1892 ; obliquité de Nægele, fracture du pariétal antérieur sous l'influence des contractions. Forceps, après 33 heures de travail ; garçon mort-né, 3,260.

I

IIIpare. Dernières règles, 4 au 8 mai, 1893.

Entrée le 17 janvier, en travail le 8 mars à 1 heure matin.

G. T. élevée.

2 heures 1/2 dilatation complète ; membranes intactes.

Symphyséotomie d'emblée par moi en souvenir de l'observation antérieure.

Écartement, 50 millimètres.

Extraction par forceps.

Garçon, 3,660 gr. Bipariétal, 101.

Dépression du pariétal gauche.

Poids de sortie 1 mois après, 4,450 gr.

Mère sortie le 30e jour.

Revue le 7 décembre 1894 ; mère et enfant en bon état ; enfant survivant en 1896.

II

Revenue en 1896, accouchement spontané, n° 1792 (mensuration nouvelle, 92).

Dernières règles, 12 à 15 janvier.

Hauteur utérine, 33 centimètres.

Entrée le 13 octobre à 6 h. 30 du soir; travail débutant à 10 heures du soir, dilatation à minuit. Ceinture pour la tête mobile en G. T.

A 1 heure matin 14 octobre, dilatation complète, rupture artificielle des membranes, liquide opalescent.

Expulsion à 1 h. 10.

Garçon, 2,725 grammes. Bipariétal, 90.

Sortie le 9e jour ; enfant pesant 2,730 grammes.

25e SYMPHYSÉOTOMIE (femme Ch.).

Luxation congénitale droite et rachitisme.

Diamètre promonto-pubien minimum, 90. Promonto-sous-pubien, 112; faux promontoire, 102.

I

Ipare, 1 m. 38. Dernières règles, 5 à 9 décembre.

Amenée le 8 septembre à 9 heures du soir, dilatation 50 centimes.

O. I. D. T. non engagée. — Suture très près du pubis ; je diagnostique tête petite ayant au maximum 9 de bipariétal ; passera peut-être, mais à la limite. Dilatation complète après 18 heures; rupture des membranes; liquide normal. Après 4 heures d'efforts, la descente arrêtée, tête enclavée, battements à 100, liquide vert, je décide symphyséotomie, au lieu d'attendre comme j'aurais fait sans la souffrance fœtale.

Écartement, 30 millimètres; la tête tombe du coup, avant même section du ligament sous-pubien, forceps au détroit inférieur. Écartement, 42 millimètres. Garçon 2,520 grammes; bipariétal 85; à la sortie 2,930 grammes. Levée le vingt-deuxième jour, marche bien, sort le quarantième jour; revue le 7 décembre; l'enfant se développe bien ; vivant en mai 1896.

II

Revenue en 1896, n° 886.

Dernières règles, 23 août.

Entrée 25 mai, à midi 45. dilatation complète, rupture spontanée immédiate ; liquide vert, G. T. non engagée.

A 12 heures 50, expulsion spontanée (travail 5 heures en tout) d'une

lle de 2,600 grammes; bipariétal 84, tête très réductible, peu ossifiée; sortie huitième jour. Enfant pesant 2,870 gr.

21e SYMPHYSÉOTOMIE (femme B.).

Bassin canaliculé, 87.

I

Ipare. Taille 1 mètre 37, squelette très déformé par le rachitisme.

Dernières règles, 12 à 15 juillet 1892.

En travail depuis 4 heures à son arrivée ; membranes intactes.

Tête à ce point débordante que M. Pinard décide de pratiquer d'emblée la symphyséotomie à la dilatation complète.

D. T. non engagée.

Écartement, 50 millimètres,

Forceps.

Garçon, 1,700 grammes, mort apparente, ranimé, bipariétal 81 ; levée le dix-neuvième jour, marche bien.

L'enfant à sa sortie pèse 2,250 grammes (trente-huitième jour); mort le cinquième jour après sa sortie de convulsions.

II

Revenue 9 février 1895, n° 233, ayant expulsé 6 heures avant un fœtus mort de 220 grammes ; curettage digital ; sortie le douzième jour.

III

Revue une 3e fois pour avortement de 2 mois.

IV

Revenue 14 novembre 1896, observation 1980.

Dernières règles, 6 au 10 mai 1896.

Amenée en brancard à 9 heures du matin ; la poche se rompt à 'arrivée, liquide normal ; épaule, procidence du cordon ; Bouffe n'y trouve pas de battements ; fait l'embryotomie rachidienne. — Durée totale du travail, 11 heures 40.

Poids, 1,050 grammes.

ISCHIO-PUBIOTOMIE (femme Tr.).

Bassin oblique ovalaire de Nægele. Promonto-pubien minimum 85 millimètres.

Premier accouchement à terme. Basiotripsie tête dernière. Garçon de 4,120. Deuxième accouchement provoqué. Extraction par le siège. Enfant vivant, mort à 5 mois. Troisième accouchement à terme, six tentatives de forceps, version, crâniotomie, extraction difficile. Quatrième accouchement provoqué, deux applications de forceps, enfant mort-né.

I

Vpare. Dernières règles 15 à 20 janvier.

Ischio-pubiotomie à terme par Pinard, après quatorze heures de travail.

Extraction facile d'un garçon vivant de 3,970 grammes.

Écartement de 4 centimètres.

Suites de couches normales. Escarre sacrée due au décubitus prolongé.

Levée le quarante-et unième jour. Guérie.

L'enfant était bien portant lorsque la femme Tr... est revenue trois ans plus tard.

II

Revenue le 18 janvier 1895, en travail prématuré depuis sept heures.

Dernières règles, 24 à 26 mai; mouvements actifs, 30 septembre.

Dilatation complète. Sommet en droite transversale non engagée.

Enfant vivant. Poche intacte.

La grossesse étant de 7 mois environ, M. Pinard décide de faire une version sous chloroforme.

Extraction facile en 10 minutes d'un garçon de 2,610 grammes, long de 49 centimètres, qui naît en état de mort apparente, est ranimé en trente secondes par frictions et désobstruction des voies respiratoires.

Bipariétal, 92.

Circonférence sous-occipito-frontale, 31.

Mis dans une couveuse et surveillé de près, cet enfant sort le vingt-septième jour, pesant 3,040 grammes.

Suites de couches légèrement pathologiques ; 39 le deuxième jour, 38 le neuvième, 39 le dixième.

Sort en parfait état le vingt-septième jour. Nous n'avons pas eu de nouvelles de l'enfant.

Symphyséotomie par M. Auvard (hôpital Tenon, service de M. Champetier de Ribes.) (Ch. f• Br..., 8 septembre 1893.)

Bassin rachitique annelé. Promonto-sous-pubien, 100 à 105 millimètres.

Premier accouchement, mai 1890, à la Pitié, sous chloroforme, enfant mort.

I

IIpare. Dernières règles, 4 novembre. Tête en bas, dos à gauche.

Après 72 heures de travail, à terme, et une tentative d'extraction par forceps restée infructueuse, symphyséotomie.

Écartement, 50 millimètres.

Extraction facile, à l'aide du forceps resté appliqué, d'une fille de 2,690 grammes, à bipariétal de 95, pesant à sa sortie 3,000, élevée au biberon, morte 9 mois après.

Déchirure de la paroi antérieure du vagin suturée et réunie par première intention.

Réunion per primam de la plaie symphysienne.

Levée le dix-huitième jour; sortie le vingtième en parfait état.

II

Revenue à la Clinique Baudelocque le 14 avril 1897, en travail depuis 4 heures. Mouvements actifs du 9 au 18 septembre, hauteur utérine 32 centimètres. Fille de salle dans un restaurant, elle a travaillé jusqu'au dernier moment.

Enfant vivant, tête en bas mobile, dos à gauche.

Après 9 heures de travail, la dilatation étant complète, la tête commençant à se fixer, rupture artificielle des membranes. Liquide vert. Une heure après, engagement et expulsion en cinq minutes d'une fille vivante.

Poids, 2,440 grammes. Bipariétal, 96. Tête très réductible. Poids à la sortie, le onzième jour, 2,370 gr.

Suites normales.

Je donne enfin à titre de renseignement l'observation d'une femme symphyséotomisée en juillet 1893 par M. Guéniot, à la Maternité, et qui revint accoucher spontanément à la Clinique Baudelocque le 23 avril 1897.

B. S..., 41 ans, ménagère, n'a marché qu'à 8 ans et présente du côté des membres inférieurs des stigmates rachitiques.

1er Accouchement à terme à l'hôpital Cochin en 1877; forceps; fille mort-née.

2e	—	—	1883;	—	garçon —
3e	—	—	1886;	—	— —
4e	—	—	1888; spontané;		fille —
5e Avortement de 2 mois et demi		—	1890;		

6e Accouchement à terme à l'hôpital Cochin en 1891; forceps; garçon viv. actuellement bien portant.

7e Accouchement à terme à la Maternité, en 1893 (12 juillet). Symphyséotomie par M. Guéniot. Enfant vivant, nourri au sein pendant six semaines, mort le 12 août.

Grossesse actuelle : Dernières règles du 16 au 25 juillet 1896.

Entrée à la Clinique le 31 mars 1897; hauteur de l'utérus, 36 centimètres. Aucune complication, aucune gêne pendant la grossesse.

Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 91 millimètres, chiffre obtenu par trois observateurs. On ne perçoit pas le moindre écartement interpubien.

Les mêmes observateurs mesurant trois fois la dimension du promonto-sous-pubien dans l'attitude à la Walcher trouvent de 95 à 96 millimètres.

Tête en bas non engagée, dos à droite.

La parturiente entre à la salle de travail le 28 avril à 7 heures du matin, ayant des douleurs depuis la veille à 8 heures du soir. Col en voie d'effacement. Tête non engagée.

A 3 heures du soir la tête s'engage et la dilatation commence. Elle est, à 3 h. 45, comme une paume de main. M. Paquy, répétiteur de garde, rompt la poche des eaux. Écoulement abondant de liquide vert purée. 10 minutes plus tard la dilatation est complète et le fœtus expulsé.

C'est un garçon vivant de 2,500 grammes dont le bipariétal mesure 95 millimètres. A sa sortie le 9 mai il pèse 3,060 gr.

M. Paquy, qui a suivi de près l'accouchement, ajoute : « Au moment où la tête s'engage (3 heures) la symphyse s'écarte. On peut (en palpant cette symphyse *par l'avant*) y introduire l'extrémité de l'index. A mesure que s'accentue la descente de la tête l'écartement de la symphyse semble augmenter.

« A 3 h. 45, pendant une contraction je sens à travers les téguments qui se dépriment un écartement dans lequel je loge facilement les extrémités de l'index et du médius. Après la contraction il semble que la largeur de cette dépression diminue environ d'un tiers. »

En reproduisant cette note de M. Paquy je formule à nouveau la même réserve que plus haut.

Pour affirmer que les pubis s'écartent, c'est par derrière ou par en bas qu'il faut pouvoir y introduire un ou deux doigts ; je ne suis pas convaincu par le palper du large fossé prépubien évidé par la symphyséotomie antérieure.

Supposons pour l'instant, jusqu'à preuve du contraire, le bassin immuable ou à peu près. Comparons uniquement le poids et les dimensions des fœtus dans les 11 cas de notre série où nous n'avons pas eu à recourir à une nouvelle symphyséotomie. Nous obtenons le tableau suivant :

	BASSIN	ENFANT EXTRAIT PAR SYMPHYS.	ENFANT EXPULSÉ OU EXTRAIT SANS SYMPHYS.
2e symphys.	prom. accessible.	g. 4630 — bip. 93.	f. 3920, bip. 92.
34e —	id.	f. 3590 — bip. 100, présent. du front.	f. 3730 — 98, prés. du sommet.
17e —	id.	f. 2950 — 92.	f. née à 7 mois en ville, mise en couveuse, morte 8e jour.
35e —	Pr. s. p. 102.	g. 3380 — 90.	f. 2980 — 88.
10e —	100.	g. 3220 — 90.	g. 3250 — 88.
16e —	98.	g. 3390 — 99.	f. 2850 — 91.
37e —	92 à 97.	g. 3660 — 101.	g. 2725 — 90.
54e —	92.	g. 3778 — 98.	f. 3220 — 92.
21e —	87.	g. 1700 — 81.	g. 1050 — embryotomie.
f. Tr.	Oblique oval	g. 3970 — 100.	g. 2610 — 92.

Dans un seul cas (25e symphyséotomie) le poids de l'enfant expulsé spontanément est supérieur de 80 grammes à celui de l'enfant extrait par symphyséotomie. Mais il s'agissait d'une fille à bipariétal un peu inférieur à celui du premier enfant, un garçon. Le bassin était asymétrique, vicié par luxation coxo-fémorale droite et rachitisme. Le promonto-pubien mesurait 90 et il avait suffi d'un écartement pubien de 30 millimètres pour permettre l'engagement de la tête lors de la symphyséotomie. Et nous avions bien eu alors la sensation, notée dans la première observation, qu'il s'en fallait de très peu que l'accouchement ne se terminât spontanément.

Vous le voyez, Messieurs, d'après le simple examen de ce tableau, la spontanéité des accouchements postérieurs peut s'expliquer dans tous les cas par le moindre volume du fœtus, par une réductibilité plus grande, par une meilleure accommodation de la tête, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'hypothèse d'un agrandissement permanent du bassin à la suite de la symphyséotomie, hypothèse qui jusqu'à présent ne repose sur rien de positif.

Mais si la symphyséotomie telle que nous la pratiquons ne paraît pas agrandir le bassin pour l'avenir, ne peut-on pas par l'ostéoplastie obtenir un agrandissement permanent, transformer les bassins viciés en bassins normaux ?

Cette question m'amène à ma

7e CONCLUSION

Il ne faut pas songer à obtenir par les procédés de Fénoménoff (de Kazan) et de Frank (de Cologne), sauf peut-être pour les bassins cyphotiques, un agrandissement définitif suffisant.

On sait que reprenant les propositions, non suivies d'exécution, d'Ollier et de Fénoménoff, Frank (de Cologne) a tenté de réaliser sur la vivante, à l'aide d'une ostéoplastie interpubienne, l'agrandissement permanent de bassins viciés.

Son procédé et ses observasions ont été exposés par son assistant le Dr Wil. Pooth dans un article du *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk* (1) intitulé « die künstliche Erweiterung des engen Beckens ».

Voici dans quelles conditions M. Frank eut la première idée de cette ostéoplastie.

En avril 1893, il avait dans son service une femme chez qui, 2 mois après une symphyséotomie, les pubis étaient incomplètement réunis ; la marche était difficile et douloureuse et la femme était incapable de gagner sa vie. Frank rouvrit la symphyse, détacha au ciseau des branches horizontales du pubis, une agrafe osseuse de 3 centimètres de

(1) Tome III, juin 1896, p. 491-497.

large et la planta dans la fente symphysienne après avivement de celle-ci par abrasion du fibro-cartilage (1).

Les mensurations faites après cette opération réparatrice ayant montré que le bassin était agrandi, Frank exécuta en août et septembre 1895, de parti pris, 3 symphyséotomies suivies d'une ostéoplastie destinée à produire l'agrandissement définitif du bassin.

Il procéda comme suit :

« Incision transversale supra-symphysienne, afin de fuir le plexus veineux profond qui donne, dit-il, des hémorrhagies très désagréables, incision permettant d'arriver aisément jusqu'au fibro-cartilage, comme à l'amphithéâtre.

« L'arc antérieur du bassin étant mis à découvert, la symphyse et



Fig. 1 (Frank).

les deux pubis sont fendus de haut en bas en 2 lames parallèles, une antérieure et une postérieure. La lame antérieure est provisoirement attirée en avant; la postérieure est ensuite fendue dans ce qui reste de la symphyse, avec un bistouri boutonné ou un ciseau. Le bassin s'ouvre alors (fig. 1) et l'on pratique l'extraction du fœtus.

« Après quoi la lame antérieure réservée est enfoncée dans la

(1) Voir *Centralbl. f. Gynäk.*, n° 43, de 1895. (Observation publiée par le Dr Geuer).

fente symphysienne maintenue écartée et dont les lèvres ont été avivées ; elle y est fixée par quelques sutures. L'anneau pelvien est ainsi reconstitué, agrandi de 3 centim. dans sa circonférence et conservant une symphyse pubienne (fig. 2).

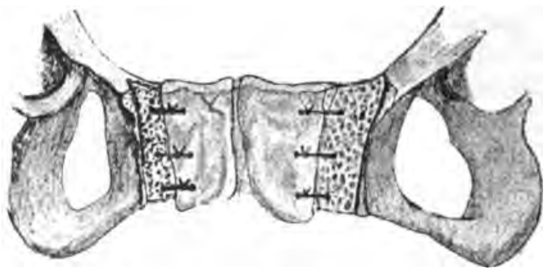


FIG. 2 (Frank).

« La plaie cutanée est alors réunie. Suivent les détails du traitement consécutif qui est difficile.

« A la suite de ces opérations il y eut dans les premiers jours de l'incontinence d'urine ; deux des opérées chez lesquelles on avait fait des tentatives d'accouchement artificiel en ville ont eu de la fièvre, ne réunirent pas par première intention, guérirent néanmoins.

« Le 3e cas évolua sans fièvre ; il y eut réunion par première intention et la femme sortit de la maternité le 21e jour. »

Tels sont, brièvement résumés, les faits publiés par M. Frank.

Messieurs, pour qui connaît la mécanique des articulations pelviennes telle que la font concevoir les études de Zaglas, de Lesshaft et de Farabeuf, une première question se pose : « En maintenant ainsi les pubis écartés de plusieurs centimètres ne va-t-on pas créer de toutes pièces cette maladie si redoutée, le relâchement des symphyses postérieures? » C'est la crainte que j'avais reçu mission de formuler dans les *Annales de Gynécologie* lors de la publication du mémoire de M. Fénoménoff (1). Aussi dès que j'eus connaissance des observations de M. Frank, j'allai à Cologne dans le dessein de voir ses opérées et de juger des résultats éloignés de l'ostéoplastie interpubienne.

(1) *Annales de Gynécologie*, 1894, février, p. 124 et 131.

Les circonstances ne m'ont permis d'examiner qu'une des opérées de M. Frank; j'ai pu l'interroger, la toucher, la mesurer et voici ce que j'ai constaté.

C'est une femme de 21 ans, secondipare, très petite. Un premier accouchement avait nécessité, à domicile, une intervention sous le chloroforme, intervention ayant abouti à l'extraction d'un enfant mort.

Dix semaines avant mon passage à Cologne, en janvier dernier, Frank avait pratiqué sur elle, au terme de sa deuxième grossesse, une symphyséotomie suivie d'ostéoplastie. La pièce intercalaire mesurait 3 centimètres.

Lorsque je la vis, cette femme, opérée depuis dix semaines, avait repris toutes ses occupations. Elle n'accusait aucune souffrance, aucun trouble de la miction. La station debout, la marche ne présentaient rien d'anormal. Devant moi elle a descendu deux étages, traversé un jardin plein de neige, remonté un étage, sans que j'aie pu surprendre la moindre hésitation dans la marche. Je l'ai fait se tenir sur une jambe et sauter à cloche-pied. Elle est montée sans aide sur le lit d'examen.

Bref, je l'ai trouvée dans des conditions aussi parfaites que nos opérées, à nous, à la même date.

Quant à l'opération, elle n'a laissé d'autres traces qu'une cicatrice transversale assez déprimée, mobile. On ne constate à l'exploration externe aucune douleur, aucun dénivellement.

L'exploration interne ne donne rien de plus; il est impossible de retrouver trace de l'opération pratiquée.

Et M. Frank m'a affirmé que toutes ses opérées, dont une a été présentée au Congrés de Cologne, se trouvaient dans les mêmes conditions.

Pour être convaincu de l'innocuité de l'ostéoplastie pubienne au point de vue des fonctions du pelvis je ne réclame plus qu'une chose : la photographie par les rayons X de la région pubienne nous montrant en place la pièce osseuse de 3 centimètres. C'est-à-dire une épreuve semblable à celle qui se trouve

plus loin (page 271) et que j'ai prise sur le bassin d'une chienne à laquelle nous avions fait, Hartmann et moi, une opération rappelant celle de Frank. Malgré la persistance d'un écartement pubien de 15 millimètres, produit par une pièce d'aluminium, cette chienne a pu, durant trois mois, marcher, courir, sauter comme ses compagnes de chenil non symphyséotomisées.

Si ces documents complémentaires peuvent être fournis il sera établi par expérience sur la femme vivante que, contrairement à ce que faisait craindre la théorie, le fait de maintenir les pubis écartés de 3 centimètres ne compromet pas la solidité du bassin.

Mais ce n'est là qu'un des côtés du problème. Il me reste à vous montrer que la question de l'agrandissement définitif et *suffisant* du bassin est loin d'être résolue par l'intervention de M. Frank.

Je ne veux parler que de la femme que j'ai pu voir, toucher et mesurer. A l'estimation de M. Frank le bassin de cette femme mesurait *avant l'opération :*

Conjugué diagonal	80	millim.
Diamètre des épines	260	
— des crêtes	280	
— des trochanters	310	
— de Baudelocque	155	

Le jour de la sortie M. Frank avait mesuré 100 millimètres de conjugé diagonal.

J'ai trouvé, moi, dix semaines après l'opération :

Conjugué diagonal	90	millim.
Diamètre des épines	260	
— des crêtes	270	
— des trochanters	320	
— de Baudelocque	165	

En admettant que la mensuration de M. Frank (100 millimètres) soit la bonne et que sa déduction de 15 millimètres soit

suffisante, il aurait donc, par son intervention, transformé un bassin de 65 millimètres en un bassin de 85 millimètres.

Et si c'est ma mensuration qui est la bonne, son bassin agrandi vaudrait actuellement 75 millimètres environ.

Vraiment le jeu n'en vaut pas la chandelle.

Je pose d'ailleurs cette autre question préjudicielle : « Est-il possible qu'un écartement pubien de 30 millimètres, maintenu par une pièce *interpubienne* et non pas prépubienne, fasse gagner 20 millimètres au diamètre utile d'un bassin de 65 millimètres ? »

Quiconque est au courant de la question symphyséotomie répondra par la négative.

J'ai cherché à savoir quel avait été chez cette femme l'écartement interpubien au cours de l'extraction du fœtus. Ce renseignement n'a pu m'être fourni. Jamais, jusqu'en janvier dernier, M. Frank n'avait mesuré l'écartement chez ses symphyséotomisées. C'est au jugé qu'il a fixé à 30 millimètres les dimensions de la pièce intercalaire. Au cours de notre conversation il a été d'ailleurs amené à concéder qu'il n'avait jamais étudié mathématiquement la question de l'agrandissement du bassin ; que le bassin de la femme examinée par moi restait pour l'avenir un bassin sérieusement vicié et qui nécessiterait sans doute une autre symphyséotomie ; que la pièce de 30 millimètres était à coup sûr insuffisante, mais qu'il semblait difficile d'emprunter davantage au bassin.

C'est pour cette dernière raison, à cause des dimensions qu'il faudrait donner à la pièce intercalaire pour avoir un agrandissement suffisant tout en réservant l'espace libre interpubien, que nous sommes amenés à formuler cette conclusion :

Il ne faut pas songer à obtenir par les procédés de Fénoménoff et de Frank de Cologne, *sauf peut-être pour les bassins cyphotiques* dont ils n'ont pas parlé, un agrandissement définitif suffisant.

Au lieu de se lier les mains pour l'avenir par une opération ostéoplastique difficile dont le résultat est très aléatoire, il nous paraît plus sage de recourir, en cas de besoin, à la symphyséotomie répétée qui a fait ses preuves.

8e CONCLUSION

Il y a indication à la symphyséotomie chaque fois que l'enfant étant vivant, la dilatation compléte, les efforts d'expulsion impuissants par suite de la viciation absolue ou relative du bassin osseux, le calcul démontre qu'un écartement pubien ne dépassant pas 7 centimètres donnera au bassin les dimensions largement suffisantes pour l'extraction du fœtus sans traumatisme.

On ne saurait poser en principe que la symphyséotomie doit être réservée aux bassins viciés au sens absolu du mot. Elle doit être le mode de traitement de la dystocie, si meurtrière jusqu'à présent, causée par l'excès de volume dit physiologique du fœtus, ainsi que de certaines présentations vicieuses fixées (variétés frontales de la face par exemple) dans les bassins normaux.

9e et 10e CONCLUSIONS

Pour les raisons que nous avons exposées à maintes reprises, et sur lesquelles je ne veux pas revenir ici, la symphyséotomie doit remplacer, dans le traitement des viciations pelviennes courantes, l'accouchement prématuré provoqué et l'extraction forcée par forceps ou version. Nous ne parlons plus de l'embryotomie sur l'enfant vivant, qui n'a plus de défenseurs.

La pelvitomie est le seul procédé efficace d'agrandissement du bassin. L'étude cadavérique, les mensurations directes prouvent que l'attitude à la Walcher est incapable de produire les résultats annoncés par M. Walcher et acceptés sans contrôle par trop de nos confrères.

Cette dixième conclusion est une réponse à une affirmation de Walcher qui, en 1893, écrivait : « Je suis porté à penser que dans la plupart des cas la position recommandée par moi est en état de suppléer la symphyséotomie. »

J'ai assez longuement exposé le pour et le contre de cette question dans un mémoire paru en décembre 1894, dans les *Annales de gynécologie*, pour qu'il soit nécessaire de développer à nouveau mes conclusions d'alors. Je me borne à les rappeler ici, car *elles n'ont pas été contestées.*

1° Il n'a pas été publié jusqu'à ce jour d'expériences démontrant que la *Walcherschelage* soit capable de produire un agrandissement de un centimètre du conjugué vrai ;

2° Par contre, les expériences cadavériques faites en dehors de l'état puerpéral prouvent que le conjugué vrai ne peut varier en moyenne que de 6 millimètres environ, par le fait du jeu maximum des symphyses sacro-iliaques (de la compression maxima à la dilatation maxima).

3° Les expériences cadavériques faites pendant l'état puerpéral prouvent que le conjugué vrai ne s'agrandit pas en moyenne de 5 millimètres par le fait du jeu maximum des symphyses sacro-iliaques. Pour lever toute objection des partisans de la *Walcherschelage,* il importe de reprendre sur des bassins puerpéraux les expérience de Klein. On prendra soin, comme lui, de ne tenir compte, au point de vue du gain procuré par la *Walcherschelage,* que de l'agrandissement produit par le passage de l'attitude de repos ou de l'attitude obstétricale à la *Hängelage,* et non pas celui qui est produit par le passage de l'attitude du bassin comprimé à la *Hängelage.*

4° En attendant ce complément d'expérimentation déjà commencé par nous, il y a lieu de rejeter, comme ne reposant sur aucune base scientifique, les conclusions de MM. Walcher, Wehle et Léopold (suppléance possible de la symphyséotomie par la Walcherschelage, diminution des aléas de la version par cette même attitude).

Depuis 1894, nous avons, M. Pinard et moi, poursuivi cette étude.

Dans 9 cas nous avons, sur le cadavre de femmes mortes en état puerpéral, mesuré l'agrandissement du conjugué vrai produit par la *Walcherschelage,* substituée à la position obstétricale française.

Dans 1	cas	cet agrandissement fut	nul
— 2	—	—	de 1 millim.
— 1	—	—	de 1 millim. et demi
— 1	—	—	de 2 millim.

Dans 3 cas cet agrandissement fut de 3 millim.
— 1 — — de 4 millim.

Le tableau III annexé à ce rapport (p. 269) donne le détail de ces neuf expériences.

11e CONCLUSION

Au point de vue des indications particulières de la symphyséotomie, les bassins viciés doivent être classés en deux groupes.

1o Les bassins symétriques, quelle que soit la cause qui ait réduit les dimensions des diamètres antéro-postérieur du détroit supérieur ou de l'excavation et des diamètres tranverses du détroit inférieur. (Aplatis, annelés ou canaliculés, généralement rétrécis, rachitiques ou non — luxations doubles — spondylolisthèse — cyphotiques.)

L'appréciation du siège et de l'étendue du rétrécissement y est facile; le calcul de l'agrandissement éventuel possible est aisé d'après les tableaux connus de Farabeuf.

Ces bassins symétriques, de beaucoup les plus communs, sont le domaine par excellence de la symphyséotomie.

Sur nos 86 bassins symphyséotomisés 77 appartiennent à ce groupe, et se classent comme suit, eu égard à la nature et à l'étendue du rétrécissement :

a) Un bassin spondylolisthésique de 80 millimètres de diamètre utile (fig. 3).

b) 76 bassins à rétrécissement maximum portant sur le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, savoir :

Promonto-sous-pubien	de 80 à 90.....	5 cas.
—	de 90 à 100.....	33 —
—	de 100 à 108.....	33 —
—	au delà de 108...	5 —

C'est, on le voit, les bassins de 90 à 108 de promonto-sous-pubien, c'est-à-dire de 75 à 93 millimètres de diamètre utile, qui sont de beaucoup les plus communs. Ils forment 86 p. 100 de nos bassins symphyséotomisés.



Fig. 3. — Bassin vicié par spondylolisthèse.

27° symphyséotomie. Femme F., 33 ans, IV pare, morte d'obstruction intestinale le 6e jour. Enfant vivant de 3,020 gr. Bipariétal, 95. (Voir l'observation in extenso in *Annales de gynécologie*, mai-juin 1894, p. 443.)

Le bassin et la colonne vertébrale jusqu'à la 11e dorsale sont vus de profil et dans la station debout, après désarticulation de l'os iliaque gauche.

On voit, marqué d'une croix blanche, en avant de la base du sacrum, le corps de la vertèbre olisthésiée, la dernière lombaire dont l'apophyse épineuse se voit en place sur la ligne des épineuses sacrées.

Du fait de ce glissement du corps de la dernière lombaire, le diamètre utile à considérer est celui qui s'étend du bord inférieur du corps de l'avant-dernière lombaire au pubis. Il mesure 80 m/m.

La symphyséotomie a permis d'extraire facilement, avec un écartement pubien de 50 m/m, une fille vivante de 3,020 gr. à bipariétal de 95. Sans la symphyséotomie il y avait eu : 1° expulsion d'un mort-né de 2,920 gr.; 2° extraction d'un prématuré vivant, mort à trois semaines ; 3° extraction par version, à la suite d'un accouchement prématuré, d'un enfant mort-né. L'étude complète de ce bassin sera ultérieurement publiée avec planches en grandeur naturelle.

Les bassins de 65 à 75 millimètres de diamètre utile ne vont pas au delà de 6,5 p. 100.

A propos de la question de la limite inférieure de la symphyséotomie, examinons les cinq cas (tableau IV, p. 270) dans lesquels, le bassin mesurant moins de 90 de promonto-sous-pubien, soit moins de 75 de promonto-pubien minimum, la symphyséotomie a été pratiquée.

Il s'agit de nos 21ᵉ, 48ᵉ, 60ᵉ, 64ᵉ et 77ᵉ symphyséotomies.

Remarquons d'abord que toutes ces femmes sont parmi les survivantes. Elles ont guéri par première intention, se sont levées dans les délais ordinaires, du 21ᵉ au 30ᵉ jour, n'ont pas plus que les autres présenté de troubles de la miction ou de la marche; enfin chez aucune d'elles, bien que l'écartement pubien ait été poussé de 65 à 70 millimètres, il ne s'est produit de déchirure des parties molles.

Et pourtant, dans trois cas (bassins de 67, de 70 et de 72) il s'agissait de primipares dont deux ont accouché par forceps ou version d'enfants de 3,020 et 3,440 grammes.

Autre fait important à relever : les 5 enfants ont été extraits vivants et 4 ont survécu.

Un seul a succombé, le lendemain de sa naissance (60ᵉ symphyséotomie). Il s'agissait d'une primipare dont le bassin, le plus petit de notre série, mesurait 82 millimètres de promonto-sous-pubien, soit 67 environ de promonto-pubien minimum. Le travail de dilatation traîna en longueur; le fœtus rendait son méconium depuis le début, les membranes s'étaient rompues prématurément. 27 heures après l'apparition des douleurs, la dilatation n'étant encore que de 5 francs, M. Pinard pratiqua la symphyséotomie afin de permettre à la dilatation de se compléter. La dilatation ne fut complète que 8 heures plus tard. C'est alors seulement qu'après enlèvement de la suture provisoire on put extraire, par le forceps, un enfant de 3,020 grammes à bipariétal de 90, en état de mort apparente, ranimé, mais qui succomba le lendemain (convulsions).

L'examen du crâne ne décela aucune fracture. Celui de l'encéphale, confié à M. Brissaud, n'a pas encore été fait.

L'observation relate qu'avant d'intervenir, vu les dimensions du bassin, M. Pinard avait hésité entre la symphyséotomie et l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.

Il semble bien que nous ayons touché là les limites raisonnables de la symphyséotomie non combinée avec l'accouchement provoqué, et que le chiffre de 65 millimètres — auquel nous avons fixé expérimentalement, pour un fœtus de dimensions moyennes, la limite minima à ne pas dépasser — soit justifié par la clinique.

2° Les bassins du second groupe sont les bassins asymétriques ou atypiques dont nous avons 9 cas sur nos 86.

Vu leur atypie, la rareté des pièces sur lesquelles l'expérimentation serait possible, la difficulté d'une appréciation exacte du degré de la viciation, ces bassins semblaient a priori devoir former en bloc une classe à part. Les faits observés par nous démontrent cependant qu'il y a lieu de les diviser en deux catégories.

a) *Les bassins à asymétrie résultant de coxalgie non étendue au sacrum, de luxation coxo-fémorale unilatérale congénitale, de déviations scoliotiques, rachitiques ou autres.*

b) *Les bassins à asymétrie résultant de sacro-coxalgie, d'arrêt de développement d'un aileron sacré et de la synostose qui l'accompagne.*

Pour les bassins de la catégorie a), l'asymétrie est un facteur négligeable. Ces bassins valent, au point de vue de la symphyséotomie, ce que vaut un bassin symétrique de même viciation antéro-postérieure ou transverse.

C'est ce que prouve l'étude de nos 15ᵉ, 25ᵉ, 75ᵉ et 58ᵉ symphyséotomies.

Nous avons eu affaire là à un bassin aplati et asymétrique de 101 millimètres, à deux bassins viciés par luxation unilatérale congénitale et rachitisme (90 et 102 millimètres), à un bassin scolio-cyphotique rétréci au détroit inférieur (65 millimètres de bi-ischiatique).

Dans tous ces cas la symphyséotomie et l'extraction ont été faciles, sans déchirures des parties molles. Toutes les femmes ont guéri et tous les enfants sont sortis vivants de la clinique.

Trois de ces femmes (les deux luxations et la scolio-cyphose) étaient primipares.

Pour les bassins de la catégorie *b*, bien que la symphyséotomie soit capable dans certains cas de permettre le passage d'un enfant à terme vivant, il ne nous semble pas prudent d'y recourir, au moins dans l'état actuel de nos procédés de diagnostic et d'extraction. C'est soit à l'ischio-pubiotomie, soit à l'opération césarienne conservatrice ou radicale qu'il faut s'adresser de préférence.

Telle est l'impression qui se dégage des 5 cas de cet ordre dans lesquels nous avons eu recours, *volens nolens*, à l'agrandissement du bassin.

L'un d'entre eux est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y revenir ici. C'est celui de la femme Trémoulet, chez qui M. Pinard a pratiqué avec succès, en 1893, l'ischio-pubiotomie de Farabeuf (1).

Je vous ai plus haut (p. 197) relaté en détail l'observation de cette autre femme qui, atteinte, dans l'enfance de coxalgie, étendue au sacrum, avait vraisemblablement une ankylose sacro-iliaque, et garde, à la suite de la symphyséotomie, une fistule vésico-vaginale.

Je vous ai dit que de ce fait nous avions pour notre pratique tiré cette conclusion :

« Lorsqu'il y a des raisons de penser que la mobilité d'une des symphyses sacro-iliaques est limitée, la symphyséotomie ne semble pas devoir être l'opération de choix. »

Depuis que cette contre-indication nous est apparue, nous avons eu deux fois à intervenir dans des cas de coxalgie où il nous a semblé que la mobilité d'une symphyse sacro-iliaque était compromise. Nous avons fait l'opération césarienne. Nous avons eu les deux enfants vivants. Une femme a guéri, l'autre est morte. Et l'examen de la photographie que je vous présente (fig. 4), montre que cette derniere eût été justiciable de la symphyséotomie.

Il y a là, au point de vue du diagnostic des altérations de la

(1) *Annales de gynécologie*, 1898, février, p. 139.



FIG. 4. — Bassin vicié par coxalgie droite survenue à 4 ans, jugé à tort non justiciable de la symphyséotomie. Opération césarienne radicale. Enfant vivant de 2,870 gr. Morte par péritonite le 4e jour (juillet 1895).

En 1891 (nº 1631) cette femme étant primipare était venue à la Clinique Baudelocque où M. Pinard l'avait fait accoucher prématurément le 19 décembre (D. R. du 5 au 9 avril). A la dilatation complète le 22 décembre, à 3 heures du matin, l'enfant vivant, je rompis les membranes et fis sans succès sur la tête en O.I.G.T. une tentative d'application de forceps.

A 8 h. 30, basiotripsie par M. Pinard ; garçon de 2,270 gr. sans substance cérébrale. Mensurations du bassin :

Promonto-pubien minimum.	87 m/m	Bi-sciatique....	101 m/m
Oblique gauche..........	97 —	Bi-ischiatique.	101 —
Oblique droit............	110 —	Diamètre des épines......	210 —
Transverse maximum......	123 —	— crêtes.......	225 —

Sacrum à six vertèbres. Les deux symphyses sacro-iliaque sont saines. — 1=3

symphyse sacro-iliaque accompagnant la coxalgie, une lacune très regrettable que la radiographie nous permettra peut-être de combler bientôt.

Dans les 3 autres cas où nous avons eu recours à la symphyséotomie, il s'agissait, sans discussion possible, de bassins obliques ovalaires de Nægele. Je dis sans discussion possible, car deux de ces bassins sont restés entre nos mains et je vous présenterai ultérieurement la radiographie du 3e.

Pour les deux premiers, dont vous voyez ci-contre (fig. 5, 6 et 7) les photographies, le diagnostic de la viciation n'avait pas été fait. C'est à l'autopsie qu'on reconnut que le bassin était oblique ovalaire de Nægele, pur dans un cas, combiné dans l'autre à une malformation de la hanche opposée à la synostose et diagnostiquée luxation congénitale.

Dans le cas radiographié le diagnostic avait été fait. C'est en nous appuyant d'une part sur ce qui s'était passé lors d'un accouchement antérieur, d'autre part sur le résultat mécanique des deux opérations précédentes que nous avons fait, de propos délibéré, cette fois, la symphyséotomie.

Dans ces 3 cas il est vrai les enfants ont été extraits vivants.

Mais deux femmes ont succombé, dont une d'infection utérine compliquée d'une cellulite pelvienne dans laquelle le mode d'intervention choisi a certainement joué un rôle. (Voyez p. 212.)

Deux fois il y eut déchirure du vagin et communication de la plaie symphysienne avec le tractus génital.

Enfin l'étude graphique d'un de ces bassins (fig. 8 à 10, page 263), prouve qu'avec un enfant plus développé on aurait échoué dans l'extraction.

Cette simple énumération suffit à légitimer les réserves que nous faisons actuellement à ce sujet.

Les études pelvigraphiques que nous poursuivons depuis plus d'un an à l'aide de la radiographie nous permettent cependant d'espérer que dans un avenir peu éloigné nous pourrons, de façon suffisamment précise, faire la distinction des obliques ovalaires justiciables de la symphyséotomie et de ceux qui resteront justiciables de l'ischio-pubiotomie ou de l'opération césarienne. Nous consacrerons à cet important sujet un mémoire spécial.



Fig. 5. Fig. 6.

Fig. 5. — Bassin oblique ovalaire à viciation complexe. — Coxite droite et luxation. — Atrophie de l'aileron gauche du sacrum et synostose de la symphyse sacro-iliaque correspondante, cette dernière non diagnostiquée sur la femme vivante. (Voyez p. 212.) Symphyséotomie (n° 47. Observation publiée in *Annales de gynécologie*, janvier 1895). Extraction facile, avec écartement de 4 centimètres, d'une fille vivante de 3,170 gr. à bipariétal de 92. Femme morte de septicémie avec cellulite pelvienne le 10e jour. Mensurations du bassin :

Antéro-postérieur minimum.	87 m/m	Sacro-cotyloïdien gauche....	35 m/m	Bi-ischiatique..............	100 m/m
Oblique gauche............	88 —	— — droit......	93 —	Diamètre des épines.........	206 —
Oblique droit..............	121 —	Bi-sciatique................	93 —	— des crêtes.........	215 —

Du milieu du promontoire à la synostose gauche : 20 m/m. — Du milieu du promontoire à la symphyse sacro-iliaque droite : 52 m/m.

Fig. 6. — Le même bassin vu d'arrière. Distance de l'épine iliaque postérieure et supérieure gauche à la crête sacrée, 26 m/m.; de l'épine iliaque postérieure et supérieure droite à la crête sacrée, 30 m/m.



FIG. 7. — Bassin oblique ovalaire type de Nægele à synostose droite, non diagnostiqué du vivant de la femme.

Symphyséotomie (n° 49. Observation publiée in *Annales de gynécologie*, janvier 1896). Extraction facile avec écartement de 4 centimètres d'un enfant de 2,310 gr. à bipariétal de 87. Femme morte d'hémoptysies 48 heures après l'opération. (Voy. p. 205.)

Mensurations du bassin :

Antéro-postérieur minimum.	97 m/m	Bi-sciatique..............	70 m/m
Oblique gauche............	115 —	Bi-ischiatique............	90 —
Oblique droit.............	75 —	Diamètre des épines.......	187 —
Sacro-cotyloïdien gauche..	97 —	— des crêtes.......	210 —
— — droit....	34 —	— bi-trochantérien.	239 —

Du milieu du promontoire à la synostose droite : 35 m/m.
— — symphyse sacro-iliaque gauche : 60 m/m.

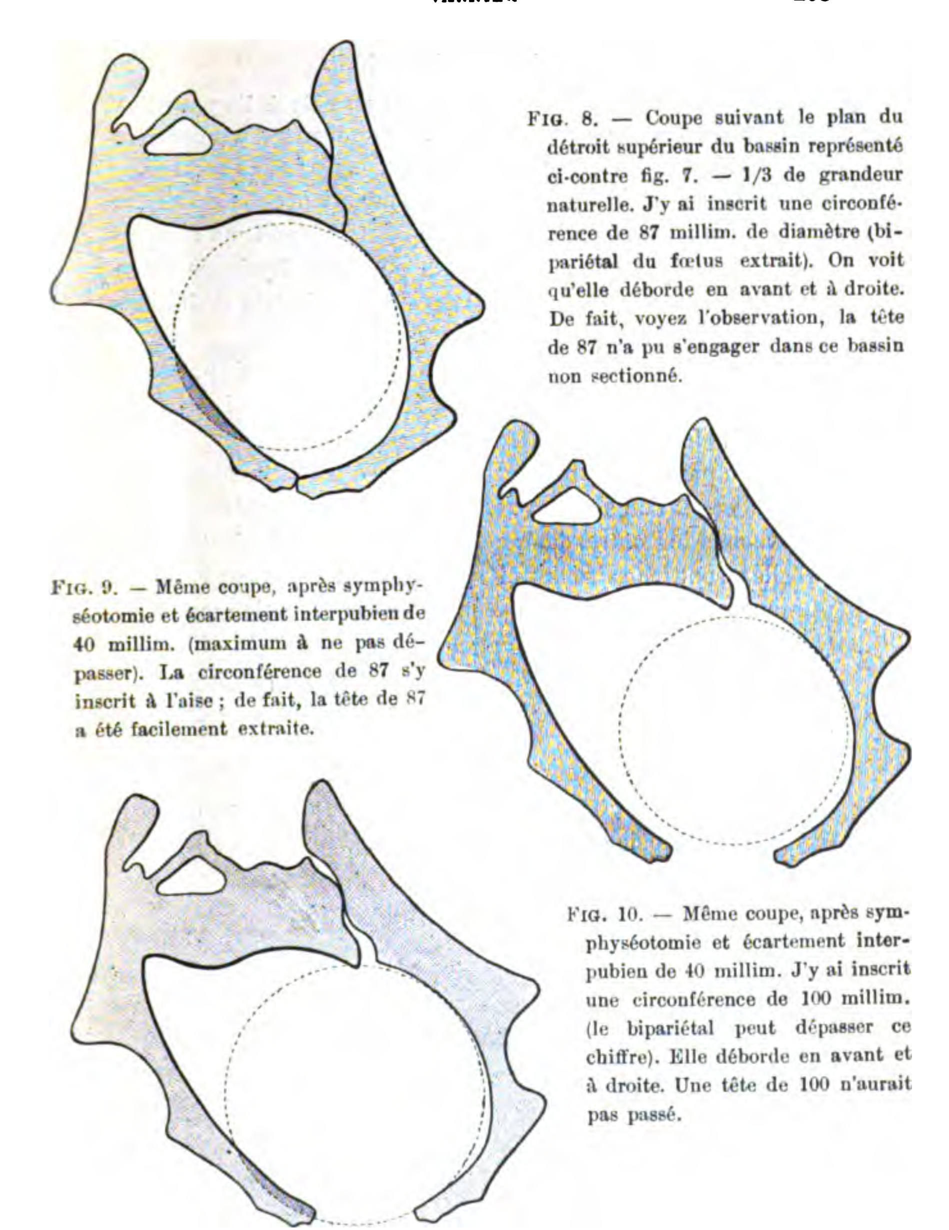


Fig. 8. — Coupe suivant le plan du détroit supérieur du bassin représenté ci-contre fig. 7. — 1/3 de grandeur naturelle. J'y ai inscrit une circonférence de 87 millim. de diamètre (bipariétal du fœtus extrait). On voit qu'elle déborde en avant et à droite. De fait, voyez l'observation, la tête de 87 n'a pu s'engager dans ce bassin non sectionné.

Fig. 9. — Même coupe, après symphyséotomie et écartement interpubien de 40 millim. (maximum à ne pas dépasser). La circonférence de 87 s'y inscrit à l'aise ; de fait, la tête de 87 a été facilement extraite.

Fig. 10. — Même coupe, après symphyséotomie et écartement interpubien de 40 millim. J'y ai inscrit une circonférence de 100 millim. (le bipariétal peut dépasser ce chiffre). Elle déborde en avant et à droite. Une tête de 100 n'aurait pas passé.

12e ET 13e CONCLUSIONS

La symphyséotomie doit borner son rôle à l'agrandissement du bassin osseux. Il est dangereux d'y recourir dans le but de faciliter la dilatation des parties molles.

On ne sait jamais en effet, lorsqu'on intervient dans ce dernier but, combien de temps il faudra à la dilatation pour se compléter, combien de temps, par suite, la plaie symphysienne devra rester non suturée et exposée avant de pouvoir être définitivement réunie et pansée.

C'est ainsi que dans un de nos 4 cas, (tableau V, p. 270) il a fallu attendre près de 12 heures. La plaie opératoire a suppuré et la femme est morte de septicémie.

D'autre part, au cours de cette longue attente, le fœtus peut succomber, et l'on se trouve alors avoir fait une opération que nous venons de montrer dangereuse et qui du coup devient inutile.

Telles sont les raisons qui nous portent à renoncer à cette pratique, et à recourir dans l'avenir soit à la dilatation manuelle sous le chloroforme, soit au ballon de Champetier de Ribes.

Nous jugeons irrationnel de recourir à la symphyséotomie dans la dystocie causée par tumeur des parties molles.

Qu'il s'agisse d'un fibrome ou d'un kyste intra-pelviens, c'est à d'autres interventions qu'il faut s'adresser, afin de remédier à la fois à la dystocie et à la maladie causale.

14e ET DERNIÈRE CONCLUSION

Outre les contre-indications tirées de la nature de la viciation, il y a lieu de se demander s'il ne convient pas d'en ajouter d'autres tirées de l'état de santé du fœtus ou de la mère au moment où surgit l'indication.

On dit : « Il y a contre-indication à la symphyséotomie lorsque la vie du fœtus est *compromise*, soit par la longue durée du travail, soit par des interventions antérieures. »

En théorie cela est parfait. En pratique, cela ne veut rien dire ; car il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, tant qu'on entend les bruits du cœur, fussent-ils sourds, ralentis, irréguliers, tumultueux, de dire si la vie du fœtus est irrémédiablement compromise. Aussi, en dehors d'une malformation

dûment constatée, la cessation des bruits du cœur doit être la seule contre-indication admise.

On a dit aussi : « L'infection du tractus génital est une contre-indication à la symphyséotomie, parce que la plaie symphysienne, même antiseptiquement faite et non communicante, et les foyers traumatiques créés au niveau des symphyses postérieures s'infecteront à distance du foyer primitif et secondairement. »

La pratique nous a montré que ces craintes n'étaient pas fondées, et l'une de nos observations (1) prouve qu'une plaie symphysienne peut se comporter dans la perfection chez une femme à utérus infecté et à infection généralisée.

Dans aucun des cas terminés par la mort nous n'avons trouvé de foyer infectieux au droit des symphyses postérieures.

Si nous considérons l'infection du tractus génital comme une contre-indication à la symphyséotomie, c'est par crainte d'une inoculation de la plaie au cours même de l'intervention, et surtout d'une communication directe possible (nous l'avons observée 2 fois sur 5) de cette plaie avec le vagin. La cellulite pelvienne suppurée qui en est la suite forcée est évidemment un danger ajouté à ceux, dominants, qui résultent de l'infection génitale.

Mais cette contre-indication admise en principe, la difficulté pratique est de reconnaître à sa période latente cette infection du tractus génital.

Nous n'avons actuellement aucun moyen de faire ce diagnostic. Déclarera-t-on suspecte d'infection une femme dont la température et le pouls sont normaux, sous prétexte qu'elle a été examinée en ville par une sage-femme ou un médecin, que la poche des eaux est rompue depuis longtemps, que le liquide est vert et puant, etc., et la soustraira-t-on de ce chef à la symphyséotomie ? L'étude de nos 86 cas prouve que le criterium cherché ne peut être celui-là.

Nous ne voulons mettre à part pour l'instant que les cas dans lesquels, au moment où l'intervention s'impose, il y a et depuis quelques heures déjà de l'élévation de la température et de l'accélération du pouls. Sur cinq femmes opérées dans ces conditions nous en avons perdu trois. Nous voulons voir si l'opération de Porro ou l'hystérectomie abdominale totale ne sont pas capables de réduire cette mortalité par infection ante-partum.

(1) *Ann. de gynécologie*, janvier 1896, 55e symphyséotomie.

PIÈCES JUSTIFICATIVES. TABLEAU I. —

Nos DE LA SYMPHYS.	OBSERVATION IN EXTENSO PUBLIÉE IN ANNALES DE GYN.	PARITÉ	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	SYMPHYSÉOTOMIE
				1° Immé
29e. — PINARD.	Mai-Juin 1894, p. 445.	VI	97	Après applications réitérées de forceps en ville. — Écartement 55mm.
70e. — BOUFFE.	Janvier 1897, p. 3.	I	108	Après 5 applications de forceps en ville. — Écartement 60mm.
40e. — WALLICH.	Janvier 1895, p. 5.	I	108	D'emblée. — Écartement 60mm.
55e. — VARNIER.	Janvier 1896, p. 8.	IV	95	D'emblée. — Écartement 60mm
63e. — FUNCK.	— p. 17.	I	95	D'emblée. — Écartement 65mm
				2° Secon
13e. — POTOCKI.	Décembre 1892, p. 449.	II p.	97	D'emblée. — Écartement 30mm.
60e. — PINARD.	Janvier 1896, p. 14.	I p.	82	9 heures avant l'extraction. Écartement 70mm.
4e. — VARNIER.	Décembre 1892, p. 438.	IV	98	Combinée à accouchement provoqué 271 jours après les dern. règles. — Écartement 35mm.
1re. — PINARD.	— p. 433.	II	97	Combinée à accouchement provoqué 278 jours après les dern règles. — Écartement 15mm.
81e. — BOUFFE.	Janvier 1897, p. 16.	IV	112	D'emblée. — Écartement 50mm.
71e. — BOUFFE.	— p. 3.	II	100	D'emblée. — Écartement 60mm.
69e. — PINARD.	— p. 2.	I	103	D'emblée. — Écartement 45mm.

Mortalité fœtale.

OPÉRATION TERMINALE	POIDS DU FŒTUS DIAMÈTRE BIPARIÉTAL	SON ÉTAT AU MOMENT DE L'EXTRACTION	CAUSE DE LA MORT
diate.			
Forceps.	3820-95	Battements cardiaques. Non ranimé.	14 fractures du crâne.
Forceps.	3680-93	A fait une inspiration. Non ranimé.	Hémorrhagie cérébelleuse.
Forceps.	2950-93	Mort pendant la section pubienne.	Compression du cordon. Hémorrh. méningée.
Forceps.	3030-95	Battements cardiaques; n'a pu être ranimé.	Pas de fracture.
Version après trois tentatives infructueuses de forceps.	4960-105	Mort-né.	Procidence du cordon et compression cérébrale par forceps.
daire.			
Forceps.	3300-95	Vivant; mort 14 heures après.	Fracture du frontal ant. par forceps oblique tiré à travers bassin insuffis. ouvert.
Forceps.	3020-90	Vivant; mort le lendemain.	Convulsions.
Forceps.	2130-82	Vivant; mort le 2e jour.	Cyanose. Débilité congénitale. Pas de fracture du crâne.
Version.	3350-98	Vivant; mort le 3e jour.	Fracture du pariétal postérieur. Bassin non ouvert.
Forceps.	3650-98	Vivant; mort le 4e jour.	Infection à streptocoques.
Forceps.	3480-103	Vivant; mort le 9e jour.	Broncho-pneumonie.
Forceps.	3070-92	Vivant; mort le 15e jour.	Broncho-pneumonie.

TABLEAU II.

Femmes revues le 7 décembre 1896.

9e	Symphyséotomie,	opérée le	13 septembre 1892...	Enfant survivant.
11e	—	—	6 octobre 1892......	—
14e	—	—	12 janvier 1893......	—
18e	—	—	19 mars 1893...	—
19e	—	—	23 mars 1893........	—
21e	—	—	19 mai 1893.........	Enfant mort à 7 semaines.
23e	—	—	12 juillet 1893.......	Enfant survivant.
24e	—	—	13 août 1893.........	—
25e	—	—	9 septembre 1893 ..	—
26e	—	—	16 novembre 1893....	—
50e	—	—	25 février 1895......	Enfant mort à 7 mois.
51e	—	—	25 février 1895......	Enfant survivant.
52e	—	—	25 février 1895......	—
54e	—	—	1er mai 1895.........	—
56e	—	—	15 mai 1895.........	—
62e	—	—	2 juillet 1895.......	—
65e	—	—	27 octobre 1895......	—
66e	—	—	19 novembre 1895...	Enfant mort à 10 mois.
69e	—	—	24 décembre 1895....	Enfant mort le 15e j., broncho-pneum.
71e	—	—	22 janvier 1896......	Enfant mort le 8e jour, broncho-pneum.
77e	—	—	12 juin 1896.........	Enfant vivant.
79e	—	—	26 septembre 1896...	—

TABLEAU III. — 9 Expériences cadavériques sur la Walcherschelage.

Nos	AGE	PARITÉ	ACCOUCHEMENT	DATE DE LA MORT APRÈS L'ACCOUCHEMENT	MENSURATIONS DU DIAMÈTRE UTILE				GAIN
					DÉCUBITUS DORSAL	HYPERFLEXION	WALCHER	WALCHER APPUYÉE	
1	26 ans.	II	A terme, basiotripsie.	Le lendemain.	88	87	90	92	4mm
2	17 ans.	I	A terme.	6 jours après.	92	87	95	95	3mm
3	25 ans.	I	A terme.	4 jours après.	107	107	109	110	3mm
4	38 ans.	X	A terme.	44 heures après.	113	107	114	114	1mm
5	22 ans.	II	A terme.	28 jours après.	116	112	116	117	1mm
6	24 ans.	III	Acct avant terme (1,240 gr.).	3 heures après.	112	—	115	—	3mm
7	29 ans.	I	Acct avant terme (1,430 gr.).	5 jours après.	132	—	—	133 1/2	1mm 1/2
8	18 ans.	I	A terme.	8 jours après	131	—	132	133	2mm

Dans la 9e expérience il s'agissait d'une grossesse extra-utérine opérée au 4e mois. L'hyperflexion fit perdre 8mm au diamètre utile et la Walcher même appuyée ne lui fit rien gagner.

TABLEAU IV

Résumant nos 5 symphyséotomies pratiquées sur des bassins de 65 à 75 millim.

Nos	PARITÉ	DIAM. PR. S. P.	DIAM. UTILE	ÉCARTEMENT	TERMINAISON	ÉTAT DE L'ENFANT		MÈRE
						A LA NAISSANCE	A LA SORTIE	
60	I	82	67	70	Forceps.	G. viv. 3,020, bip. 90.	Mort.	Guérie.
77	II	83	68	60	Forceps.	F. viv. 2,940, bip. 82.	Viv. 2,880, (22e jour).	Guérie.
48	IX	84	69	65	Spontanée.	G. viv. 2,230, bip. 86.	Viv. 2,730, (30e jour).	Guérie.
64	I	85	70	60	Version.	G. viv. 3,440, bip. 92.	Viv. 4,120, (29e jour).	Guérie.
21	I	87	72	50	Forceps.	G. viv. 1,700, bip. 81.	Viv. 2,250, (40e jour).	Guérie.

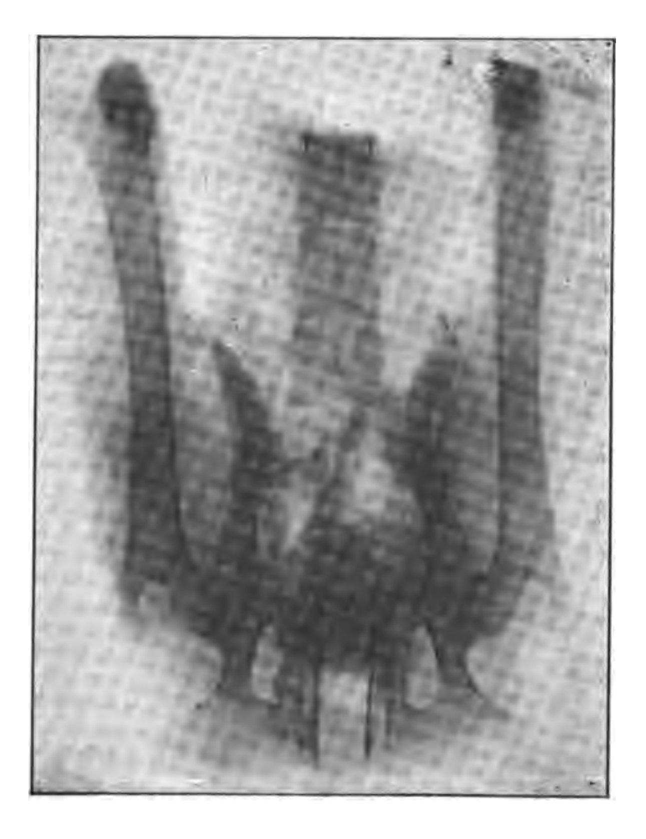
TABLEAU V. — **Symphyséotomies au cours de la période de dilatation.**

Nos	PARITÉ	BASSIN PR. S. P.	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE SYMPHYSÉOTOMIE ET EXTRACTION	ÉTAT DE L'ENFANT.			MÈRE
				AU MOMENT DE L'OPÉR.	AU MOMENT DE L'EXTRACTION	A LA SORTIE	
35	I	102	2 heures 25; dilat. 2 fr.	Battts cardiaques à 124. Liquide vert.	Viv. 3,380.	3,370 (7e jour).	Suites normales.
46	I	106	2 heures; paume de main.	Liquide vert.	Viv. 3,120.	4,200 (28e jour).	Suites normales.
47	I	Oblique ovalaire de Nægele.	12 heures; 5 fr.	Liquide vert et putride.	Viv. 3,170.	3,350 (16e jour).	Morte de septicémie 6e jour
60	I	82	9 heures; 5 fr.	Liquide vert et épais.	Viv. 3,020.	Mort le lendemain.	Suites pathologiques. 38e à 39e les 10 premiers jours.

Reproduction par la similigravure d'un cliché radiographique. Bassin de chienne agrandi par une métalloplastie inter-pubienne (H. VARNIER et H. HARTMANN).

Voici un résumé de ce cas : Le 15 février 1897, au laboratoire de physiologie de la Sorbonne, sur une chienne de moyenne taille, nous avons pratiqué la symphyséotomie. Incision verticale.

Écartement de 15 millim. Mise en place facile d'une pièce d'aluminium



préalablement modelée sur un bassin sec, stérilisée à l'étuve et fixée par le rapprochement spontané des os iliaques. Nous obtenons ainsi un écartement pubien persistant de 15 millim. que montre la radiographie ci-dessus. Double plan de sutures à la soie, l'un comprenant les tissus fibreux prépubiens,

l'autre la peau. Pansement au collodion. Antisepsie imparfaite. Nous doutons qu'il puisse se faire une réunion per primam. Alimentation lactée.

Le 17 février, la chienne déprimée traîne le train postérieur. Plaie en bon état ; le pansement tient assez bien pour qu'on juge inutile de le refaire.

Le 19 février (quatrième jour) la chienne est sur ses pattes et y paraît solide, mais ne marche pas. Le pansement tient toujours.

Le 24 février (neuvième jour) nous trouvons l'animal sorti de sa cage, trottinant dans la cour avec un peu moins d'assurance que ses compagnons de chenil, mais ne paraissant pas souffrir. Et cependant un des fils, le deuxième du bas, a coupé et l'on aperçoit là un orifice fistuleux qui laisserait passer un manche de porte-plume et par lequel une sonde cannelée arrive directement sur la plaque d'aluminium. On enlève tous les autres fils qui ont bien tenu. Pas de pansement.

Le 3 mars, en allant au laboratoire, nous craignions de trouver la plaie rouverte sur toute son étendue. Mais nous ne retrouvons même plus l'orifice béant du 24 février ; il ne reste en ce point qu'une fistulette laissant sourdre une sérosité louche. L'état général est parfait ; la marche normale. L'animal commence à courir ; on lui fait monter un escalier de 15 marches ; il hésite aux deux premières, puis grimpe rapidement jusqu'en haut et descend sans buter.

Le 13 mars (26e jour), état général très bon. La chienne est gaie, joueuse, sautant pour attraper son sucre, court, grimpe et redescend l'escalier à toute vitesse. Il n'y a pas, semble-t-il, la moindre gêne pelvienne. Cependant la fistule n'est pas fermée ; elle paraît au même point que précédemment.

La cicatrisation est complète dans les premiers jours d'avril, et dès lors il est impossible de se douter que la chienne porte entre les pubis une pièce d'aluminium de 15 millim. de large.

Nous nous apprêtions à la faire couvrir, lorsqu'elle a succombé le 8 mai à la pneumonie qui a emporté en même temps qu'elle plusieurs chiens en expérience au chenil de la Sorbonne.

C'est la radiographie de la région pelvienne faite sur le cadavre que nous donnons ci-contre. La dissection de la pièce sera ultérieurement publiée.

(A suivre.)

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

12e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES, TENU A MOSCOU DU 19 AU 26 AOUT 1897

13e SECTION : OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

LA SYMPHYSÉOTOMIE *(Suite et fin.)*

2° Rapport de Zweifel.

En demandant aux rapporteurs un travail sur la symphyséotomie, le Comité directeur du XIIe Congrès international de médecine ne peut avoir eu d'autre but que de faire connaître le complément d'expérience acquis sur cette opération. Chacun des rapporteurs, en effet, a déjà eu l'occasion de formuler son avis sur les principes fondamentaux de cet acte chirurgical, sur sa légitimité, ses limites et sa technique opératoire.

Les symphyséotomies que j'ai faites depuis l'époque du XIe Congrès international de médecine, à Rome, n'ont fait qu'entièrement confirmer les appréciations que j'ai émises à ce moment (1), et cette opération, durant les 3 années et demie qui viennent de s'écouler, a été pratiquée dans tous les cas où elle s'est trouvée justifiée par les indications établies alors. *En tout, jusqu'à ce jour, la symphyséotomie a été faite*, à « l'Universitäts-Frauenklinik » de Leipzig, 31 fois. *Toutes les mères ont*

(1) Voyez *Annales de Gynécologie*, mai-juin 1894, p. 467 à 471.

guéri, toutes ont complètement récupéré leur activité, leur aptitude antérieure au travail ; 29 enfants sont venus à terme vivants et sont sortis vivants de l'hôpital.

Si j'ai placé ceci en tête de ma communication, ce n'est point par un sentiment de vanité, mais bien pour me justifier du reproche qu'on me fit, il y a 4 ans, au Congrès allemand de gynécologie (1), au sujet de la position que j'avais prise dans la question de la symphyséotomie. On m'accusa d'avoir fait un rapport trop favorable, et, de fait, il faisait un vif contraste avec les opinions pessimistes exprimées par la plupart des gynécologues allemands. Or, la possibilité d'avoir pu exécuter 31 symphyséotomies sans un seul décès et avec des guérisons toujours parfaites, démontre péremptoirement que le pessimisme des adversaires était excessif, et que ces mêmes collègues qui, à cette époque, condamnèrent à nouveau la symphyséotomie, s'étaient laissé égarer par leur pessimisme.

Les premières objections concernaient les *troubles de la locomotion* qui, par défaut d'une cicatrice cartilagineuse solide, devaient persister après la symphyséotomie. Or, aussi bien les résultats expérimentaux que les faits cliniques démontrent que les symphyses se consolident très bien par une cicatrice cartilagineuse, et que même dans les cas où la cicatrice reste purement connective sa solidité suffit à toutes les nécessités. Le fait qu'après avoir eu la symphyse sectionnée on peut, au cours de la première année, se livrer à la danse, et il en a été ainsi pour plusieurs de nos opérées, constitue la preuve la plus nette de la possibilité de la *restitutio ad integrum*. Toutes les femmes ont récupéré leur marche naturelle, toutes ont récupéré complètement leur aptitude au travail.

Si d'autres médecins ont pu rapporter que leurs symphyséotomisées n'avaient pu, durant des semaines, même des mois, marcher, ou n'avaient pu marcher qu'avec de grosses souffrances, c'est qu'ils avaient fait la symphyséotomie sur des bassins trop

(1) Voyez *Annales de Gynécologie*, juin 1893, p. 575 à 595, et août 1893, p. 141 à 154.

rétrécis, et que, de ce fait, ils avaient produit une rupture d'une des articulations pelviennes postérieures, d'une des articulations sacro-iliaques.

Au XI[e] Congrès de médecine à Rome, l'accord fut remarquable sur ce point que la symphyséotomie ne devait plus être faite sur des bassins avec un conjugué vrai moindre de 67 à 65 et que même, dans le cas d'un bassin de cette dernière dimension, il n'y fallait procéder que dans l'hypothèse d'un fœtus de grosseur moyenne.

Dans sa monographie, Neugebauer (de Varsovie) a analysé toutes les conséquences fâcheuses, et, en particulier, expliqué les troubles de la locomotion dans le cas de Baumm, qui militait si fort contre la symphyséotomie, par la rupture d'une des articulations postérieures du bassin. Je me range à cet avis. Depuis, on n'a pas relevé un seul cas de troubles de la locomotion, parmi tous ceux où la symphyséotomie a été exécutée dans les limites qui lui ont été assignées, c'est-à-dire pour un *conjugué vrai non inférieur à 65 millimètres.*

On me reprocha également au Congrès de Breslau d'avoir trop élevé la limite supérieure de la symphyséotomie — dans deux de mes cas le conjugué vrai mesurait 85 millim. Or, immédiatement, j'infirmai ce reproche en montrant qu'il s'était agi de deux femmes ayant un bassin plat, généralement rétréci, chez lesquelles une observation déjà longue du travail avait indiqué qu'il ne fallait plus compter sur l'expulsion naturelle d'un enfant vivant, et que, pour sauver l'enfant, il fallait opter entre la symphyséotomie ou la césarienne ; or, bien franchement, je déclare que si je me retrouvais dans les mêmes conditions, j'agirais de même. Chez toutes les autres femmes symphyséotomisées par moi, le conjugué vrai variait de 65 à 80 millimètres.

On a encore objecté que *la restauration complète, après la symphyséotomie, de la santé et de l'aptitude au travail exigeait beaucoup de temps.* A ce point de vue la comparaison n'est possible qu'avec la césarienne, non avec la perforation ni avec l'accouchement prématuré. D'autre part, on ne saurait mettre

en ligne de compte les cas compliqués d'infection ; seuls, les cas réguliers sont passibles d'un parallèle. Et alors la durée de la guérison pour les deux opérations diffère à peine. La réunion aseptique primitive de l'incision dans la césarienne exige environ 3 à 4 semaines. Or, plusieurs de nos symphyséotomisées se lèvent dès le 17e jour, et la plupart avaient quitté le lit après quatre semaines. La durée moyenne des soins aux symphyséotomisées dans notre clinique fut un peu plus longue, par suite de quelques cas compliqués. En ce qui concerne la récupération complète de la faculté au travail, ni les unes ni les autres femmes n'en jouissent après seulement quatre semaines. Cela d'ailleurs n'est guère à souhaiter avec l'une ou l'autre des deux opérations, d'autant mieux que les caisses d'assistance accordent aux accouchées, même dans les cas d'accouchement normal, des secours pendant six semaines.

Les risques d'*hémorrhagie* sont, dans la symphyséotomie, supposée bien conduite, aussi minimes que dans la césarienne. Il faut néanmoins noter que pour l'arrêt d'une forte hémorrhagie qui parfois survient brusquement au moment du passage de la tête fœtale, on n'a pas à mettre en œuvre de moyen d'hémostase plus difficile que *le rapprochement rapide des os iliaques combiné avec le tamponnement par de la gaze iodoformée ou stérilisée en avant et en arrière de la symphyse et une contre-pression par le vagin.* Cela suffit pour maîtriser les pertes de sang de tous les vaisseaux des corps caverneux du clitoris et du réseau veineux prévésical. La perte, par sa violence subite, peut bien quelque peu déconcerter, mais, dans tous les cas, on est surpris de l'efficacité sûre et rapide du tamponnement après rapprochement des extrémités pubiennes.

Les déchirures du vagin produisent une impression fâcheuse. Elles créent une solution de continuité à l'un des bords de laquelle pend l'urèthre déchiré. Je répète ici ce que j'ai déjà dit au Congrès de gynécologie de Breslau : la première fois que je me trouvai en face de cet accident, je fus tout à fait déconcerté, et cependant, l'observation ultérieure, bien faite pour surprendre, montra que cette femme eut des suites opératoires

absolument apyrétiques et les meilleures qu'on pût imaginer.

Dans le but de prévenir les déchirures allant jusque dans le vagin, j'ai, en 1893, à Breslau, conseillé *d'abandonner à la nature, quand cela était possible, l'expulsion de l'enfant.* Nous faisions déjà, dans les symphyséotomies, l'incision cutanée transversale au niveau du milieu de la symphyse, et non longitudinale, suivant le plan sagittal. De divers côtés, on a qualifié de cruel notre procédé d'expectation, sous le prétexte que la parturiente sortait de la narcose non accouchée. Or, comme aucune de mes opérées n'accusa de douleurs particulières au niveau de la symphyse, qu'elles se plaignaient seulement des contractions utérines, et pas davantage que les autres parturientes ou qu'elles-mêmes avant la symphyséotomie, l'objection tombe de ce fait. L'inconvénient du procédé est pour le médecin, qui ne peut terminer tout en même temps.

Sur l'ensemble des symphyséotomies faites depuis la Pentecôte 1893, je n'ai observé qu'une autre déchirure communiquant avec le vagin, qui d'ailleurs guérit aussi heureusement.

Ces objections contre la symphyséotomie ne tiennent pas debout. *Le plus grand nombre des cas de mort, des incidents regrettables qui découragent les médecins et les retournent contre la symphyséotomie, sont des conséquences de l'infection pyogène et septique de la plaie symphysienne. Aussi, le traitement des clapiers, des espaces cruentés produits au cours de l'opération, représente-t-il la pierre angulaire de l'opération.*

Le danger de ces solutions de continuité, de ces clapiers dans lesquels le sang et les sécrétions peuvent stagner, n'a jamais été dédaigné en chirurgie. Il est possible d'y parer par une thérapeutique appropriée.

L'hémostase réalisée, si l'on a soin de tout suturer, sans faire aucun drainage, tout guérit bien et tôt s'il n'y a pas infection. Par contre, au cas d'infection, on court de gros risques par la raison que la plaie opératoire de la symphyséotomie crée des conditions particulièrement défavorables, à cause de l'écoulement secondaire de sang et de sécrétions au niveau de la plaie et du défaut d'élimination.

Dans les cas à évolution favorable, on voit, en même temps qu'une élévation de la température, la suture céder partiellement ; une certaine quantité de produits sécrétés s'élimine, la fièvre tombe et la guérison s'accomplit.

Ces premières observations nous ont décidé à toujours drainer les clapiers et aussi bien en arrière qu'en avant de la symphyse; puis, au moyen d'un bandage abdominal serré et d'un bandage en T, de les comprimer de façon à prévenir la stase des sécrétions.

Sûrement le mieux est de traiter ces poches, ces clapiers à ciel ouvert en quelque sorte, par le tamponnement avec de la gaze iodoformée, gaze qu'on laisse jusqu'au moment où l'on est autorisé à compter sur la présence de granulations dans la cavité opératoire, c'est-à-dire 8-10 jours. Mais ce traitement à ciel ouvert exige qu'on accorde une attention spéciale à la suture des os pubiens.

Dans les cliniques, et pour tout médecin familiarisé avec la chirurgie, il est certain que la suture osseuse avec 3 à 4 points est le procédé idéal. Lorsque la cicatrisation de la plaie se fait régulièrement, au bout de 10 jours la réunion est déjà si solide que la symphyse reste réunie au renouvellement de la gaze. Mais quand cette réunion n'est pas suffisamment solide, les pubis s'écartent à nouveau, ce qui, sans constituer un contre-temps sérieux, prolonge la guérison. La réunion, alors, est secondaire et s'effectue au moyen d'une cicatrice non cartilagineuse mais connective, qui d'ailleurs suffit aussi bien que l'autre à toutes les exigences fonctionnelles du bassin.

Malgré l'innocuité de cet écartement des extrémités pubiennes, il n'est pas à souhaiter, et nos efforts doivent plutôt tendre à l'empêcher.

On y arrive grâce à une suture au fil d'argent ou au crin de Florence, suture qu'on enlève vers les derniers stades de la cicatrisation. A ce moment, il suffit de deux sutures avec une substance non résorbable et de deux sutures au catgut.

La suture osseuse implique il est vrai l'usage d'un instrument perforateur, usage qui arrêterait bon nombre de médecins. Mais il suffit de passer des fils de substance non résorbable à travers

fascias et cartilages pour obtenir une réunion suffisante. Pour bien me rendre compte moi-même de la possibilité de se passer de la suture osseuse — grosse difficulté pour le praticien — je me suis contenté, dans une longue série de mes dernières symphyséotomies, de suturer fascias et cartilages et je n'ai pas observé que la cicatrisation de la plaie en fût fâcheusement influencée.

D'après les considérations fondamentales qui viennent d'être développées, la symphyséotomie doit être exécutée de la façon suivante :

1° L'opération ne doit être faite que l'enfant étant vivant, et dans le but de le sauver. La parturiente étant placée les jambes pendantes, incision transversale de la peau de un à un travers de doigt et demi au-dessous du bord supérieur de la symphyse; pincement et même ligature des vaisseaux qui donnent du sang.

2° On libère les fascias sur la symphyse, sur la ligne blanche au-dessus du pubis, et l'on sépare avec le doigt aussi bien la lèvre supérieure que l'inférieure de l'incision cutanée, également toutes les parties molles du bord inférieur du ligament triangulaire.

Incisant ensuite le fascia de la ligne blanche immédiatement au-dessus de la symphyse, on ouvre l'espace connectif prévésical, rétro-symphysien.

3° Section de la symphyse. — Une sonde métallique de femme étant placée dans la vessie, l'opérateur, avec l'index de la main gauche, écarte la vessie de la face postérieure de la symphyse jusqu'à son bord inférieur. Sous le contrôle de ce doigt, il conduit un bistouri boutonné en arrière de la symphyse et sectionne le cartilage — qu'on reconnaît le plus simplement en imprimant des mouvements à une jambe — en commençant en haut et en avant jusqu'à ce qu'il ne reste plus de tissu bandé et tendu. Le bistouri doit être fort sans que le dos soit trop épais. Les jambes, parce qu'elles sont pendantes, écartent les bords supérieurs de la symphyse et les lèvres de la plaie, condition qui favorise l'action du bistouri. Immédiatement après la section de la symphyse, les jambes de la femme étant pendantes, les pu-

bis s'écartent de 2 à 4 centimètres. Immédiatement on tamponne la plaie qui bâille avec de la gaze stérilisée, et, quand la chose est possible, on termine l'accouchement, après avoir eu soin de relever les cuisses et de soutenir modérément les os iliaques. Lorsque l'accouchement immédiat n'est pas possible, on applique autour du bassin un large bandage en flanelle ou en caoutchouc, et l'on attend, la femme étant replacée dans le lit habituel, la sortie de la tête, qui d'ordinaire s'effectue en une heure.

Au moment où la tête passe, les pubis s'écartent de 6 à 7 centimètres, il se produit une hémorrhagie abondante de courte durée. Très fréquemment, la tête fœtale, dans l'expulsion spontanée, arrive jusque sur le plancher pelvien, la suture sagittale restant suivant le diamètre transverse, et souvent l'on est forcé de recourir au forceps pour hâter la rotation.

Afin d'arrêter l'hémorrhagie provoquée par l'expulsion de l'enfant, et cela aussitôt que possible, il faut après l'accouchement :

4° Opérer la réunion des pubis. Dans ce but :

a) Placer de nouveau dans l'urèthre un cathéter de femme.

b) La gaze iodoformée imbibée de sang étant enlevée, étendre une nouvelle et longue bande sur l'urèthre et la vessie, et en ramener les extrémités en haut et en dehors.

c) Faire la suture comme il a déjà été dit : 1° deux fils de catgut, et 2° deux fils de matière non résorbable, soit avec une aiguille ordinaire à travers les fascias et le fibro-cartilage, soit avec une vrille à travers les os.

Cela fait,

d) Avec un instrument quelconque pédiculé, aiguille à anévrysme par exemple, refouler la gaze disposée en arrière de la symphyse, afin d'éviter, quand on serre la suture, qu'elle ne s'interpose entre les os.

e) Rapprocher les os et nouer les sutures.

L'opération est alors terminée dans ce qu'elle a d'essentiel, bien qu'on puisse encore placer sur les fascias quelques sutures de renfort.

Encore une fois on change la bande de gaze en arrière de la

symphyse, et on en met une nouvelle sèche dans les deux cavités ; puis on applique un bandage abdomino-pelvien compressif avec un fort coussinet d'ouate au moyen d'un bandage en T.

Le traitement consécutif force à défaire plusieurs fois le bandage en T pour les mictions, et à renouveler plusieurs fois aussi la gaze. La gaze iodoformée reste en place 8 à 10 jours ; à partir de ce moment on la raccourcit graduellement. Puis quand, la dernière gaze enlevée, on se trouve en présence d'une plaie granuleuse, on enlève les fils d'argent. La plaie guérit par seconde intention en quelques jours, guérison qu'on accélère en rapprochant les lèvres de la plaie cutanée avec des bandelettes d'emplâtre adhésif.

Ce procédé de traitement de la plaie est en quelque sorte tout à fait l'opposé de celui qui consiste à la fermer complètement, encore plus de la section sous-cutanée (symphysiotomia occlusa), d'après Aitken et Stoltz, et des symphyséotomies sous-cutanées conseillées et recommandées pas Ayers (1).

A notre avis, les méthodes sous-cutanées ne sont pas recommandables à cause des dangers qu'elles comportent : lésions de la vessie et de l'urèthre.

Devant les jugements pessimistes formulés à l'endroit de la symphyséotomie, on doit, à notre époque d'asepsie, se demander en quoi cette opération peut être si dangereuse ? Il ne s'agit en somme que de plaies ouvertes. Les chirurgiens font sans hésiter, par centaines, de ces plaies creuses sur les os et les guérissent. *Le traitement à ciel ouvert de la plaie n'a, par rapport à l'occlusion immédiate, que des désavantages secondaires ; en revanche, il offre, au point de vue de la vie même, plus de sécurité.* Il est certain que la cicatrisation de la plaie cutanée n'est pas aussi régulière et qu'elle met plus de temps à s'achever. Mais cet inconvénient est bien peu de chose à côté des risques de septicémie.

Comparée à la césarienne, la symphyséotomie a cet avantage

(1) *The Am. J. of Obst.*, vol. XXXVI, juillet 1897, p. 1 et *seq.*

qu'elle ne comporte que des plaies extérieures, en général indépendantes du canal génital; que, de plus, pour les accouchements ultérieurs, les femmes possèdent un *bassin plus ample, plus dilatable*, au point que d'ordinaire les femmes antérieurement symphyséotomisées peuvent mettre spontanément au monde de gros enfants.

Incontestablement l'exécution de la symphyséotomie requiert de l'habileté et une grande prudence, car, à défaut de ces conditions, on peut facilement léser la vessie et l'urèthre ; et nous ne cachons pas que sur nos 31 symphyséotomies, trois fois nous avons eu des accidents de cette nature. La première fois ce fut une perforation de l'urèthre; nous publiâmes le cas dès 1893. L'accident était résulté de l'emploi d'un cathéter d'homme. La seconde fois, l'urèthre, au moment où l'on enlevait la gaze, se trouva pris entre les pubis. Dans le dernier cas la gaze iodoformée placée en arrière de la symphyse s'étant échappée, je me servis pour la ramener au dehors d'une pince avec laquelle je lésai la vessie.

Le première lésion fut fermée, au cours même de l'opération, par une suture et guérit simplement.

Le second accident, inclusion partielle de l'urèthre entre les pubis, se compliquait d'une faiblesse consécutive de ce canal, dont la guérison fut obtenue par dissection circulaire de l'urèthre, décollement de l'urèthre du cartilage, torsion de l'urèthre de 90°, suivant la méthode de Gersuny, et suture de l'urèthre dans cet état de torsion. La troisième complication (lésion de la vessie) guérit spontanément; à la vérité, la guérison fut longue à se produire.

Si l'on voulait utiliser ces fautes commises au point de vue de l'opposition doctrinale faite à la symphyséotomie, il serait loisible de répondre qu'elles sont survenues durant la période d'étude de cette opération. Mais qu'advient-il avec les fautes et les erreurs quand il s'agit de l'opération césarienne? De celles-là, on n'entend pas beaucoup parler, par la raison que les femmes qu'elles concernent sont des sujets tranquilles, que la terre recouvre. A quelques jours de distance, nous avons, dans notre clinique, fait

une symphyséotomie et laissé faire une césarienne. La première est cette opération où, par suite d'une erreur de technique, la vessie fut lésée. Quant à la césarienne, elle fut suivie d'iléus et de péritonite. Cela veut dire que dans l'opération césarienne une complication qui surgit coûte la vie à l'opérée, tandis que dans la symphyséotomie une complication équivaut à un simple retard dans la guérison. On pourra ajouter que la technique de la symphyséotomie est un peu plus difficile que celle de la césarienne ; mais, d'après ce que j'ai observé, les risques de mort sont moindres dans la symphyséotomie bien conduite.

Me voici à la fin de mon rapport; mais vous me permettrez d'ajouter quelques mots au sujet du travail de notre collègue M. Varnier, de Paris. Les mensurations faites sur mes symphyséotomisées guéries n'indiquent en effet qu'un faible agrandissement du bassin. Mais jamais je n'ai prétendu dire que cet agrandissement de 1 à 1 1/2 centimètre dans l'ensemble du bassin suffit, par lui seul, à permettre les accouchements spontanés ultérieurs; ce que seulement j'ai voulu dire, c'est que la symphyse élargie, que la réunion se soit faite par cicatrice cartilagineuse ou fibreuses cicatricielle, il n'importe, est devenue plus extensible, plus dilatable; c'est-à-dire que ma façon de voir était absolument identique à l'explication que le Dr Varnier a donnée aujourd'hui, quand il a parlé de symphyséotomie souscutanée.

3° **Discussion.**

M. KÜSTNER (de Breslau).

Küstner (1), depuis longtemps déjà, ne pratique plus, dans sa clinique, la perforation de l'enfant vivant. La femme enceinte se présente-t-elle à temps, on fait l'accouchement prématuré ; si elle arrive seulement à la fin de la grossesse, et si, sûrement, elle n'a pas été infectée par des explorations vaginales, on discute, au cas de sténose pelvienne considérable, l'opportunité de l'opération césarienne. Si, en dehors de la clinique, la parturiente a subi le toucher vaginal, on écarte en principe l'opération césarienne, tandis qu'on ne tient pas, de ce fait, la symphyséotomie pour contre-indiquée. Les indications étant ainsi posées, il n'y a pas lieu de s'étonner si Küstner, malgré l'activité obstétricale

(1) Cette note nous a été adressée par l'auteur.

considérable de sa clinique, n'a relativement fait que peu de symphyséotomies (7). Des sept symphyséotomisées pas une n'est morte et tous les enfants ont été extraits vivants.

D'une manière générale, Küstner estime que la symphyséotomie doit être préférée à l'opération césarienne. Avec l'opération césarienne, la plus petite faute commise au point de vue de l'asepsie peut entraîner jusqu'à la mort, tandis qu'avec la symphyséotomie cela se traduit, au pire, par une suppuration prolongée de la plaie. D'autre part, cette circonstance que la symphyséotomie, avec l'opération obstétricale complémentaire, est beaucoup plus difficile que l'opération césarienne doit assurément influer sur le choix des indications. Les médecins peu expérimentés, peu sûrs d'eux-mêmes, se décideront toujours aisément à une opération césarienne, et non facilement à une symphyséotomie.

La question de savoir si la symphyséotomie doit rester une opération réservée aux maisons d'accouchement, ou bien si elle doit être faite en dehors de ces établissements, ne peut être résolue en général ; la conduite à suivre dépend évidemment des qualités individuelles de ceux qui ont à opérer. La dextérité moyenne qu'au point de vue des interventions chirurgicales les jeunes médecins apportent dans la pratique est insuffisante pour la symphyséotomie aussi bien d'ailleurs que pour une longue série d'autres opérations. Il n'appartiendra jamais qu'à une minorité relativement faible de médecins doués d'une certaine habileté, et particulièrement d'une certaine dextérité chirurgicale, de mener à bien une symphyséotomie ; le médecin ainsi doué fera l'opération aussi bien au dehors des cliniques que dans les cliniques. Le plus grand nombre des médecins, aujourd'hui comme jadis, feront, et cela est préférable, la perforation, la crâniotomie. De cette manière, on arrivera à sauver relativement le plus grand nombre d'existences.

Küstner a opéré deux fois chez des primipares. Les deux fois il se produisit des déchirures considérables du vagin qui communiquèrent avec l'articulation de la symphyse. Toutefois aucune d'elles ne créa de difficultés sérieuses à la guérison bien qu'on n'obtint pas la réunion par première intention.

Indépendamment des interventions pour sténoses pelviennes, Küstner a opéré une fois en raison d'une présentation de la face, en mento-postérieure, chez une primipare de seize ans. La version ou la transformation de la présentation en présentation du sommet n'étaient plus possibles, et il ne fallait plus compter sur la rotation spontanée ou artificielle en avant.

Küstner a eu deux fois l'occasion de pratiquer, à nouveau, la symphy-

séotomie sur la même femme. Une fois la symphyse était, après la première opération, tellement ossifiée, que la seconde opération dut être pratiquée au ciseau. Et il ne faut pas croire que, dans ce cas, on commit la méprise d'agir *à côté* de la symphyse, par la raison que Küstner était parfaitement prévenu de la possibilité d'une semblable erreur.

En ce qui concerne la technique opératoire, Küstner a toujours terminé immédiatement l'accouchement après la symphyséotomie; jamais il n'a, contrairement à la proposition de Zweifel, attendu. D'après Küstner, quand c'est possible, on ne doit pas faire la version podalique et extraire le fœtus en tirant sur les pieds ; même quand la tête se présente mal, il faut refouler l'extrémité fœtale, et cela fait saisir la tête fœtale avec le forceps. Mais, quand on refoule la tête, il faut ne pas perdre de vue que le cordon peut être enroulé autour du cou de l'enfant, et, pour cette raison, éviter soigneusement que la main de l'opérateur agisse sur cette région, sans quoi la manœuvre pourrait facilement entraîner des asphyxies graves.

M. LA TORRE (de Rome).

M. La Torre a fait souvent prendre à des femmes en travail la position dite « à la Walcher » et a toujours constaté, quoi qu'en dise M. Varnier, que cette position facilitait l'expulsion du fœtus. M. Varnier a rapporté à ce sujet des résultats d'expériences faites sur des cadavres par M. Pinard et par lui.

Mais il faut compter avec l'élasticité très notable que donne la vie à certains ligaments et que la rigidité cadavérique vient détruire. Il est par suite difficile de conclure, d'après le cadavre, ce qui se passe chez la femme vivante. M. Léopold (de Dresde) a du reste constaté souvent l'avantage de la position à la Walcher et l'autorité de son témoignage est précieuse (1).

Le nom de position à la Walcher cité précédemment par M. Varnier semble à M. La Torre injustement donné ; car un italien, Scipion Mercurio, dans un traité d'obstétrique publié en 1589 avait déjà décrit cette position qu'il exagérait même, et en 1605 il renouvela cette descrip-

(1) Je ferai remarquer qu'aucun des accoucheurs allemands présents à la séance (Léopold, Wehle, Olshausen, Zweifel, Winckel, P. Müller, Küstner, Güsserow, Dührssen) n'a pris la parole pour défendre contre mes conclusions imprimées et distribuées la Walcherschelage. D'autre part, aucun des opposants de Breslau en 1893 n'a relevé le gant de Zweifel. Ce silence est d'or.

(H. V.)

tion. Par amour de la vérité plus même que par patriotisme M. La Torre demande donc que la position en question soit appelée position Mercurio ou position italienne (1).

M. E. B. DIMANTE (de Moscou).

Le débat actuel dans la question de la symphyséotomie porte sur ce seul point : quelles limites faut-il assigner à cette intervention ? Le principal reproche qu'on lui adresse, c'est qu'elle expose à des lésions des parties molles. Et cependant on n'a rien fait pour prévenir ces lésions. (2) Il est rare d'observer, au cours de l'extraction, des déchirures du périnée après la symphyséotomie. Il y a une raison à cela. Tandis que la symphyse intacte fournit un appui à la partie antérieure du vagin en refoulant vers le périnée la partie fœtale qui se présente, cet appui disparaît dès que la symphyse est ouverte. Or il faut fournir cet appui à la paroi antérieure du vagin, soit en refoulant avec la main la tête vers le périnée, soit en réalisant cette manœuvre avec un instrument approprié. D'autre part, les incisions vagino-périnéales précoces dégagent la paroi vaginale menacée.

Séance du 20 août (soir).

La deuxième question à l'ordre du jour est :

DE LA COLPOTOMIE DANS LES CAS D'INFLAMMATION DES ANNEXES, DE DÉPLACEMENT ET DE NÉOPLASMES DE L'UTÉRUS.

Rapporteurs : DÜHRSEN, A. MARTIN.

1° Rapport de Dührssen.

Dührssen entend, par cette opération, *l'ouverture qu'il a*

(1) AHLFELD (*Lehrbuch der Geburtshilfe*, 1894, p. 280) a déjà fait la même revendication et figuré la Supinirtelage d'après SEB. MELLI, *la Comare levatrice*, Venezia, 1738, p. 321. (H. V.)

(2) Erreur. Dès 1893 (*Annales de Gynécologie*, avril, p. 307) j'ai conseillé et pratiqué avec succès le rapprochement des pubis pendant l'extraction afin « de restituer aux parties molles leur soutien osseux ». Un peu plus tard (mai 1893) Schauta a préconisé la protection manuelle, et H. W. Freund un levier protecteur introduit au contact de la paroi vaginale antérieure pour doubler les parties molles pendant la descente de la tête. Porak a eu recours dans le même but aux incisions périnéales libératrices. (H. V.)

conseillée de la cavité abdominale par le cul-de-sac antérieur du vagin, suivie de l'attraction du corps de l'utérus et des annexes dans le vagin (1). Depuis 1891, Dührssen a traité par cette méthode, suivie de la vagino-fixation, 305 cas de *rétroflexion mobile et fixée,* sur lesquels 4 ont été suivis de mort et 12 de récidives. Des résultats qu'il a obtenus, Dührssen tire la conclusion qu'on peut déclarer la colpo-cœliotomie antérieure, dans les cas de rétroflexion non compliquée et chez les femmes autrement saines, une opération sans danger; que, par contre, dans les cas de pelvi-péritonite tout à fait graves, elle est susceptible de se compliquer d'hémorrhagies qui, éventuellement, ne peuvent être arrêtées que par l'extirpation vaginale totale de l'utérus.

Les *récidives à la suite de la vagino-fixation* sont évitées par l'emploi des crins de Florence et par la suture de l'utérus à la hauteur des insertions tubaires. Les *troubles dans le travail de l'accouchement* sont sûrement prévenus si l'on a soin de fermer l'ouverture au niveau des plis vésico-utérins par une suture perdue.

La vagino-fixation combinée avec les opérations pratiquées jusqu'ici fournit des résultats remarquables même dans les prolapsus de l'utérus et du vagin. Dührssen a fait la *colpotomie dans 200 cas dans le but de guérir des phlegmasies des annexes et du péritoine pelvien.* Sur ce nombre il y eut 8 morts. Par des modifications spéciales de la technique opératoire on peut encore réduire cette faible mortalité.

Dans 29 de ces cas, on libéra l'utérus et l'ovaire de leurs adhérences ; dans 53 on pratiqua l'ignipuncture des ovaires atteints de productions kystiques, et on fit des résections partielles ; dans 103, on enleva les annexes d'un côté ou des deux en conservant les portions saines de l'ovaire (salpingo-oophorectomie vaginale) ; dans plusieurs cas on fit la salpingotomie, et dans un, pour répondre à des indications urgentes, on rendit

(1) M. Dührssen n'a pu, à son grand regret, nous adresser son rapport *in extenso* dont il n'a pas conservé copie. Ce que nous donnons ici, c'est un résumé fait par l'auteur. (H. V.)

la femme, qui était gravement malade, stérile par l'excision des trompes.

Sur les *extirpations des annexes*, il y en a 15 où la trompe gravide fut extirpée, 57 où l'on fit l'extirpation de sacs tubaires volumineux, et de kystes de l'ovaire. Le plus gros de ces kystes, cystomes glandulaires, pesait 10 kilogrammes; l'ovaire du côté droit qui était sain fut laissé *in situ*, et l'utérus, libéré de ses adhérences, fixé au vagin.

Plusieurs fois, on opéra pour des pyosalpinx, hydrosalpinx et des abcès de l'ovaire. Dans la même séance, on traita, constamment et chirurgicalement les affections si fréquentes de l'utérus et du vagin.

Enfin, la colpo-cœliotomie antérieure convient surtout pour l'extirpation des myômes de l'utérus ne dépassant pas le volume du poing. (Cœlio-myomectomie vaginale.) Tous les cas opérés par Dührssen ont évolué heureusement. Le myôme le plus gros, myôme sous-muqueux, pesait 340 grammes et fut, après division de la paroi antérieure du corps de l'utérus, énucléé. Dans un autre cas, Dührssen extirpa 10 myômes sous-muqueux et interstitiels du volume d'un œuf.

A cause de son innocuité cette opération devrait être entreprise dans tous les cas de myômes de petit volume, chez les sujets jeunes, et qui s'accompagneraient de douleurs. *L'importance de la colpo-cœliotomie antérieure réside dans ce fait que, dans la majorité des cas, elle rend inutile la cœliotomie abdominale* (laparotomie), et que, contrairement à l'extirpation vaginale de l'utérus et des annexes malades, *elle conserve à la femme les parties saines des organes génitaux, soit l'utérus, soit tout au moins un fragment d'ovaire et, par là, le caractère génital féminin.*

2° Rapport de A. Martin.

Nos connaissances sur la pathologie du péritoine pelvien doivent à la chirurgie abdominale d'être arrivées à un degré presque satisfaisant. Cette chirurgie a imprimé aux recherches anatomiques et bactériologiques une activité durable; elle a

fourni aux méthodes d'exploration la sûreté nécessaire. Enfin, elle nous a enseigné qu'un lot considérable d'altérations morbides, tenues jusqu'alors pour incurables, étaient en réalité, dans une large mesure, susceptibles de guérison.

On sait que le péritoine pelvien n'est que très rarement primitivement malade. Nous pensons aujourd'hui qu'il ne faut accepter, comme idiopathique, que la tuberculose de la séreuse; encore les faits qui s'y rapportent ne sont-ils pas exempts de critique. Règle générale, la pelvi-péritonite n'est qu'une complication des processus morbides des organes pelviens. Toutefois il n'entre pas dans l'objet de ces considérations d'apprécier l'importance respective de ces processus par rapport à la pelvi-péritonite. Elles visent, autant du moins qu'il est possible de les préciser, ces stades terminaux dans lesquels le processus s'est plus ou moins épuisé dans son foyer d'origine, tandis qu'au niveau du péritoine pelvien la guérison tarde, ou qu'il s'y produit des altérations capables d'entraîner à leur suite des accidents nouveaux et sérieux. On sait que le péritoine pelvien devient le siège rarement d'exsudats massifs, beaucoup plus fréquemment d'induration, d'épaississement. Il se forme tantôt des adhérences superficielles, tantôt des pseudomembranes larges ou en forme de cordons, de brides fixant entre eux les viscères contenus dans la cavité pelvienne. Ces organes sont comme entourés par une coque mince cicatricielle, ils paraissent intimement soudés les uns aux autres. Dans les stades aigus, également dans les états chroniques, surtout à l'occasion des poussées récidivantes, caractéristiques du processus, se trouvent entre ces membranes des exsudats massifs, des produits gélatineux ou séreux, du sang à tous ses degrés d'organisation, du pus. Parfois se forment des poches à contenu limpide ou suppuré, poches qui en général échappent à l'exploration, et dans d'autres cas en imposent pour des néoplasmes kystiques. La plupart du temps ces exsudats sont stériles ainsi que les liquides qu'ils circonscrivent; exceptionnellement nous avons pu y déceler le bacterium coli commune.

Les organes intra-pelviens ne sont pas seulement affectés

dans leur mobilité, par suite de ces adhérences pathologiques ; ils se ressentent également des obstacles qu'elles créent à leur circulation.

Pas n'est besoin d'insister pour montrer combien ces organes, utérus dévié et déformé, trompes, paramétrium, intestin, vessie, sont atteints dans leurs fonctions. Ils deviennent le point de départ de ces douleurs intolérables qui parfois seulement au stade initial, ou périodiquement à l'occasion de l'accomplissement des fonctions physiologiques, et plus tard, avec le progrès du processus, d'une manière continue, accablent les malades, annulent leur aptitude au travail, les rendent impotentes, les réduisent à une vitalité minima et leur ôtent toute activité vitale. D'autre part, la pelvi-péritonite entraîne à sa suite de nouvelles et graves affections des organes intra-pelviens, affections qui, à leur tour, prédominent dans le complexus morbide, clinique et anatomique.

Nous ne devons pas hésiter à tenir la pelvi-péritonite pour la plus sérieuse, la plus grave des maladies phlegmasiques des organes génitaux de la femme. Non seulement parce qu'évoluant profondément, elle est peu accessible à notre thérapeutique, mais surtout parce que les conditions que requiert sa guérison ne peuvent être réalisées : suppression des troubles toujours renouvelés de la circulation ; cessation des fonctions de l'appareil vasculaire, conditions entretenues en partie par la continuation des processus physiologiques périodiques de la génération et des fonctions quotidiennes des organes affectés par le processus, et en partie par les exacerbations, les excitations associées aux rapports sexuels.

L'importance de cette notion est devenue d'autant plus grande qu'augmentaient nos connaissances sur les états anatomiques. Toutefois l'appréciation de la gravité du pronostic, fondée sur ces connaissances anatomiques, n'amena que très lentement le développement d'une thérapeutique appropriée. La constatation seule d'un processus pelvi-péritonitique paraissait établir un obstacle insurmontable à un traitement local énergique. Cependant, dans ces 15 à 20 dernières années, l'opinion s'est de

plus en plus accréditée que la pelvi-péritonite elle-même est justiciable d'un traitement direct. Mais aujourd'hui encore, et avec raison, on admet en principe que, dans la pelvi-péritonite aiguë, il faut d'abord chercher à restreindre le plus possible le processus par le repos absolu et par l'emploi des moyens antiphlogistiques. Puis, dans le stade chronique, quand il s'agit d'obtenir la résorption des produits inflammatoires récents, la régression des membranes, des exsudats, il n'est pas douteux que les méthodes thérapeutiques parfaitement établies et aptes à accélérer le travail de résorption, que les cures avec les substances agissant sur la nutrition, iode, mercure, diverses préparations solides, préparations à l'ichtyol, etc., que l'hydrothérapie même sont tout à fait à leur place dans le traitement de la pelvi-péritonite, par leur influence sur la nutrition générale et leur action reconstituante. Qui n'aurait pas à signaler de ces résultats surprenants, extraordinaires à la suite de cures rationnellement dirigées dans des établissements ou dans des stations thermales bien appropriées?

Il serait inadmissible de ne pas parler ici du massage au point de vue de son action curative sur la pelvi-péritonite. On est en droit d'affirmer que précisément des exsudats anciens, épais, que souvent des adhérences intimes peuvent, sous l'influence du massage, se résorber, que finalement la guérison peut être obtenue. Toutefois, pour la plupart des gynécologues, le conseil reste bon de réserver pour ces cas la pratique du massage, surtout les manœuvres énergiques, et de s'en abstenir quand il s'agit de foyers suppurés récents, particulièrement de ceux qui siègent dans des cavités atrésiées et encapsulées. Car même des affections annexielles chroniques, une pelvipéritonite chronique peuvent être réveillées par le massage. Il n'est pas rare, en outre, de voir se produire des épanchements sanguins, et on doit admettre que ces épanchements fournissent particulièrement aux germes qui avaient perdu leur virulence, le milieu nutritif qui leur permet de se développer à nouveau, de récupérer cette virulence.

Mais après avoir reconnu les résultats qu'on peut retirer des

moyens thérapeutiques précédents, il faut ajouter que dans un nombre non négligeable de cas de pelvi-péritonite, ces moyens ne réussissent qu'à procurer une amélioration apparente, que dans d'autres cette amélioration même n'est pas obtenue. Nombre de ces malades restent non guéries, elles deviennent une lourde charge pour leur famille, elles représentent en quelque sorte un état contre lequel l'art médical reste impuissant, et deviennent la proie attendue des tentatives empiriques non médicales.

L'étude des pièces pathologiques, qui jadis ne se faisait guère que sur la table d'autopsie et qu'actuellement on fait sur la table d'opérations, fournirait l'explication de ces faits désolants, si déjà l'observation clinique ne donnait pas la clef de l'énigme. Les altérations produites par la péritonite sont généralement telles qu'elles frappent les organes dans leurs fonctions, qu'elles les annihilent. Elles ne sont plus justiciables des méthodes thérapeutiques précédentes ou analogues. Elles troublent la fonction des ovaires, en empêchant l'évolution normale de la maturation de l'œuf, et provoquent des irrégularités qui par leur répétition périodique suppriment cette maturation. La pelvi-péritonite entraîne l'atrésie de la trompe et abolit conséquemment la fonction sexuelle de la femme dans ce qu'elle a d'essentiel, la conception, que ces altérations, continuant de progresser, aboutissent ou non, suivant qu'elles amènent la réplétion de l'oviducte par de la sérosité, du sang ou du pus, à la salpingite séreuse, hématique ou suppurée. La pelvi-péritonite ne laisse pas à l'utérus qu'elle entoure son fonctionnement normal, alors même qu'il paraît avoir conservé sa mobilité. Ces membranes réticulées, arachnoïdes, ces exsudats villeux sont assez souvent aussi peu justiciables des agents de résorption que les atrésies de la trompe, que les capsules périovariques; et ces conditions expliquent pourquoi, même quand le palper semble faire constater la « *restitutio ad integrum* », les femmes continuent de souffrir et de se plaindre; elles expliquent comment, après une apparence de guérison obtenue parfois au prix de grands sacrifices, il suffit souvent

d'une seule menstruation, d'une circonstance insignifiante, parfois même introuvable, pour voir l'affection récidiver ; comment, en tout cas, les femmes ne sont pas complètement guéries.

La frayeur, parfaitement justifiée jadis, qu'on avait des opérations sur la cavité abdominale, et, en outre, la crainte également justifiée d'interventions sur des foyers inflammatoires, ceux surtout dont nous connaissons à peine avec quelque certitude les agents, sont cause qu'en dépit de la gravité incontestable de la maladie, en dépit dans ces cas désespérés de l'impuissance de toute thérapeutique médicale, on s'est abstenu de recourir aux ressources extrêmes de l'art, à l'*ultima ratio therapiæ*. C'est seulement après le développement de l'antisepsie et de l'asepsie, en face non seulement des données expérimentales, mais des constatations faites sur les tables d'opérations, que peu à peu les opinions se sont transformées. Il en fut ainsi surtout pour les affections des trompes et des ovaires; puis l'expérience grandissante enseigna que la pelvi-péritonite elle-même, quand elle a résisté aux autres méthodes thérapeutiques, est curable par la chirurgie. On constata d'abord que ces péritonites chroniques non seulement ne récidivaient pas quand, après cœliotomie, elles étaient rendues accessibles au traitement direct, mais qu'assez souvent la résorption des produits pathologiques et la guérison étaient les résultats de cette intervention.

Puis on reconnut que la plupart de ces foyers suppurés, de ces exsudats, de ces membranes, même quand ils contiennent des germes encore capables d'être cultivés, sont stériles. On apprit encore — avec seulement cette réserve que de nouveaux germes virulents ne fussent pas inoculés — que même dans les cas où incontestablement il existait encore des germes infectieux, ces germes pouvaient, d'une manière ou d'une autre, être rendus inoffensifs. Évidemment, aujourd'hui encore, on ne peut méconnaître le danger associé à ce dernier groupe de cas. Car si l'on n'a plus autant à redouter l'importation de germes infectieux à travers la plaie abdominale ou par la surface interne des organes génitaux, il n'en est pas moins vrai qu'en beaucoup de cas la

concomitance de lésions des parois intestinales crée le danger d'une invasion par des germes venus du contenu de l'intestin, germes qui, grâce aux milieux nutritifs constitués par les exsudats péritonitiques et les surfaces altérées des organes pelviens, se développent pour des actions délétères. Plus ce danger restera présent à notre esprit, plus nous nous efforcerons d'en préciser la véritable nature, plus nous réussirons à l'écarter.

La légitimité de cet espoir ressort de l'examen du développement de notre lutte chirurgicale contre les formes graves de la péritonite pelvienne, toujours avec la réserve qu'il ne s'agit que de ces cas vis-à-vis desquels la thérapeutique médicale est déjà restée impuissante.

En remontant aussi loin que possible, c'est Hégar qui a proposé, le premier, un traitement chirurgical de la pelvi-péritonite chronique, quand il a, contre ces cas désespérés, conseillé la castration. Et les raisons qu'il a avancées en faveur de cette intervention n'ont pas été ébranlées depuis (1). En général, en ces cas, il s'agit d'ovaires altérés, et même gravement compromis par la pelvi-péritonite, et les ovaires eux-mêmes, par les poussées récidivantes à l'occasion des phénomènes de la maturation de l'œuf, sont l'origine des exacerbations du processus péritonitique. On voit la pelvi-péritonite guérir quand, du fait de la ménopause naturelle ou de l'atrophie des ovaires, l'ovulation se trouve supprimée. Aussi l'espérance d'Hégar de voir les mêmes résultats dériver de l'ablation des ovaires encore en activité, était-elle fondée. Et, à la vérité, le résultat répondit à cette induction. Mais, d'autre part, il est impossible de méconnaître qu'après cette opération les difficultés restent les mêmes qu'après toutes les interventions sur l'appareil génital de la femme, c'est-à-dire qu'on n'a pas mis les femmes à l'abri d'un nouveau processus morbide sur l'utérus et les trompes, processus susceptible d'entraîner la récidive de la péritonite.

Or ces éventualités fâcheuses seraient sûrement prévenues par l'extirpation non seulement des ovaires, mais aussi de l'utérus.

---

(1) *Volkmann's Samml. klin. Vorträge*, n° 48, 1878.

La castration utérine que Péan a proposé de substituer aux opérations sur les ovaires, rallie incontestablement toujours de plus nombreux partisans. Indépendamment de Péan, Richelot, Segond et Doyen, en France, je citerai parmi les gynécologues allemands, L. Landau, puis Jacobs, Iversen et d'autres. Également Schauta, avec ses élèves, s'est prononcé pour cette méthode radicale. Et au dernier Congrès international de Genève, Sänger a fait de l'hystéro-salpingo-oophorectomie abdominale et vaginale ou opération radicale, une exposition classique, tout à fait complète (*Samml. klin. Vorträge*, N. F., nº 178). On ne peut nier que les résultats opératoires immédiats peuvent être tenus pour satisfaisants, si l'on tient compte de ce fait que, d'après les renseignements fournis par les opérateurs, il s'agissait toujours des cas les plus graves, de femmes non seulement invalides, mais réduites à une vitalité minima et en grand danger de succomber. La plupart du temps on ne se trouvait pas en présence d'une pelvi-péritonite isolée, mais d'un état morbide dans lequel celle-ci n'occupait plus que le second plan. Règle générale, c'étaient des maladies des ovaires et des trompes, de l'utérus et du tissu connectif para-utérin qui avaient fourni les indications à l'opération; somme toute, il s'agissait de ces cas rangés sous la rubrique « suppuration pelvienne », si cette dénomination générale peut être employée ici.

Il faut concéder que ces procédés opératoires radicaux, et particulièrement le dernier, comportent, en comparaison de la gravité des affections contre lesquelles ils sont dirigés, un pronostic favorable, et qu'ils remplissent également le but visé. Aussi faut-il reconnaître leur légitimité pour les cas tout à fait graves. Et je n'hésite pas à faire cette concession, bien que dans ma propre sphère je n'aie eu qu'exceptionnellement à appliquer cette méthode radicale. En général, je trouve qu'il est possible d'enlever les organes malades, non curables, et je vois à la suite, non pas toujours immédiatement, il est vrai, mais finalement, l'utérus conservé redevenir sain et, de cette façon, les femmes guérir complètement. Les cas qui réclament une opération radicale constituent, à mon avis, des exceptions rares.

Ne savons-nous pas que, de beaucoup le plus souvent, il n'est pas nécessaire de procéder à l'extirpation radicale des organes génitaux internes pour obtenir en fin de compte la guérison dans tous les cas où ovarites et salpingites, endométrite et paramétrite sont compliquées de pelvi-péritonite.

Dans ces cas l'état pathologique est varié, complexe. Des exsudats, des membranes croisent, sillonnent le petit bassin au point de paraître l'oblitérer complètement. L'ovaire est entouré de fausses membranes, l'évacuation libre du contenu des follicules de de Graaf est impossible. La présence d'hydropisies folliculaires plus ou moins abondantes modifie la forme et la consistance de l'ovaire. Les trompes sont atrésiées, coudées, parfois transformées en tumeurs volumineuses. L'utérus est déplacé, fixé ; sa muqueuse, son parenchyme sont le siège d'une congestion passive chronique. Le pus qui stagne dans les espaces intrapelviens plus ou moins clos est en général stérile; son épaississement et sa résorption partielle marchent avec la disparition de la virulence.

Eh bien, l'espoir de la possibilité, même dans ces conditions, de la guérison sans l'emploi des méthodes radicales est parfaitement justifié. Il existe aujourd'hui assez de preuves que très fréquemment ces femmes peuvent être guéries sans qu'on les prive complètement de leurs organes génitaux. Il est parfaitement possible, par une intervention chirurgicale conservatrice, de les débarrasser non seulement de leurs souffrances, mais aussi, surtout, de leur conserver les fonctions dévolues à ces organes. Et même dans les cas où l'on est forcé d'enlever des portions de l'appareil génital reconnues inutilisables, incapables de guérir, il est possible de ramener les organes pelviens en général, et le péritoine pelvien en particulier, à un état qu'il est permis de qualifier de tout à fait satisfaisant, si l'on n'est pas toujours en droit de parler de « *restitutio ad integrum* ». Le conseil, après l'extirpation des deux ovaires, de conserver l'utérus ne saurait être infirmé par cette boutade qu'il n'est plus qu'une « *quantité négligeable* ». L'expérience enseigne que la plupart des femmes auxquelles on a conservé une portion de leurs organes génitaux

peuvent très bien être débarrassées, et définitivement, d'une pelvi-péritonite chronique ; que, de plus, elles doivent très souvent à cette conservation un bien-être notable.

Mais, pour atteindre ce but, voici les conditions indispensables :

1° Mise en évidence de la cavité pelvienne ;

2° Libération des adhérences et isolement, réduction de chaque organe dans ses rapports naturels ;

3° Traitement des portions malades de chaque organe, particulièrement du péritoine déchiré et lésé ;

4° Finalement, mode de fermeture de l'incision abdominale, qui supprime, au plus haut degré, les inconvénients particuliers aux cicatrices du péritoine.

I. — Incontestablement c'est la cœliotomie qui met le mieux en évidence la cavité abdominale. Il fut un temps où l'on estimait les dangers inhérents à cette opération si minimes qu'on l'adoptait comme opération de contrôle, et qu'on la pratiquait, sans aucune hésitation, toutes les fois que l'exploration, le palper laissait des incertitudes. Certes il serait injuste de prétendre aujourd'hui, contrairement à cette manière de voir, que l'opération est grave et dangereuse. Cependant on s'est de plus en plus convaincu que l'atteinte faite par la cœliotomie à la continuité naturelle de la paroi abdominale n'entraîne que trop facilement à sa suite des accidents de nature à compromettre le bien-être des opérées. Les abcès si redoutés autrefois de la paroi abdominale sont, dans la pratique gynécologique, réduits *au minimum*, et ils ne se développent, presque exclusivement, que dans les cas où il y a dans la cavité abdominale des germes infectieux, et où au cours de l'opération ces germes infectent la paroi abdominale. Mais même après une cicatrisation régulière, primitive, les cicatrices abdominales ne sont pas insignifiantes. Le danger de la distension de ces cicatrices persiste, même lorsqu'on réussit, par un procédé de suture perfectionné, à obtenir une suture capable de résistance. Aussi Abel a-t-il pu, cette année même, au Congrès de la « *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie* », en utilisant les observations de Zweifel,

établir que 8,9 p. 100 des cœliotomies, pourtant guéries par première intention, se compliquent d'éventration, de hernies. Étant donnés les oscillations physiologiques dans l'état de nutrition de l'organisme féminin, la distension physiologique produite par la grossesse, le météorisme gazeux, si fréquent en particulier chez la femme, nous ne sommes pas sûrs encore aujourd'hui que la cicatrice de l'incision abdominale, obtenue même par première intention, ne cédera pas, et ne deviendra pas le point de départ de souffrances, souvent tout au moins très pénibles à endurer. Je ne veux pas insister sur les risques possibles d'adhérences de l'épiploon et de l'intestin à la face interne de la cicatrice abdominale, complications qui échappent à notre contrôle. En tout cas on nous concédera sans peine qu'il y a grand avantage à pouvoir ouvrir le ventre par une autre voie, à condition que nous puissions mettre suffisamment à découvert les viscères pelviens, de façon à réaliser sous le contrôle de l'œil tous les *desiderata* opératoires, et obtenir une occlusion dont la cicatrice reste dissimulée, dont la régression laisse un état qui se rapproche de l'état normal, et qui ne devienne pas l'occasion facile de complications ultérieures.

Cette voie, c'est *l'ouverture de la cavité abdominale par le vagin*. Je ne veux pas rechercher ici s'il est plus simple, plus commode, plus sûr d'inciser le cul-de-sac antérieur ou le postérieur ; je ne veux pas davantage entrer dans le développement historique du procédé. Je me borne à affirmer que l'ouverture du ventre par cette voie est suffisante dans la plupart des cas dans lesquels la pelvi-péritonite, avec ses complications habituelles aux ovaires, aux trompes et à l'utérus, constitue l'indication à l'intervention chirurgicale. La voie est assez large, les organes à traiter sont suffisamment en vue, l'espace est suffisant pour ce qu'il y a à faire.

Comme avantage incontestable de l'incision vaginale, je note la facilité où l'on est, dès qu'on a reconnu la nécessité d'une opération radicale, de l'exécuter, de la mener à bien par l'incision déjà faite.

Mais aussi chaudement que je recommande l'incision vagi-

nale, aussi nettement je précise les limites naturelles de cette opération chirurgicale. Les adhérences solides de l'utérus et des viscères pelviens aux parois latérales du bassin offrent pour leur décollement et le traitement qu'elles réclament des difficultés rapidement croissantes. Il est possible de surmonter ces difficultés, même dans les cas les plus graves et à première vue inopérables, mais seulement au chirurgien très exercé, éventuellement après l'ablation de l'utérus. Il faut ajouter qu'on peut par la même voie enlever des tumeurs même volumineuses; mais on doit s'accorder à reconnaître que *dans les cas de pelvi-péritonite étendue, l'intervention par la cœliotomie mérite la préférence. Également la destruction, le morcellement des tumeurs ne va pas toujours sans des lésions sérieuses de la vessie, des uretères; surtout, le danger d'un décollement défectueux des adhérences intestinales est imminent.* Là encore il y a une limite pour l'ouverture de la cavité abdominale par le vagin ou par la paroi abdominale. L'expérience personnelle apprend à reconnaître cette limite. Celui qui, judicieusement, acquiert cette expérience, ne se verra pas réduit à abandonner avant la fin la voie choisie au début, et, pour cause d'hémorrhagie ou de lésions accessoires, à recourir à la cœliotomie.

II. — Le décollement des adhérences, l'isolement des différents organes, leur réduction dans leurs rapports normaux, dans leurs conditions naturelles de nutrition, sont effectués de la façon la plus sûre avec le doigt, surtout quand on a soin de saisir l'utérus comme étant la masse principale sous les organes pelviens, et de l'attirer soit avec une pince, soit avec des ligatures-guides sur le côté. Il est exceptionnel qu'on soit obligé de libérer les adhérences avec un instrument tranchant. Parfois il est très facile de décoller, d'isoler les organes adhérents, en particulier l'intestin, d'après la méthode de Spencer Wells, au moyen d'une éponge ou d'un porte-ouate. Il est surprenant d'observer combien rarement ces surfaces cruentées de décollement, même quand l'entame de la surface est assez profonde, saignent d'une manière grave. Une suture con-

tinue arrête ces hémorrhagies dites parenchymateuses; le traitement direct des vaisseaux, au moins pour ce qui est de ma pratique, reste tout à fait exceptionnel.

Quand les bords de la plaie sont fortement déchiquetés, que le péritoine est aussi déchiré sur une bonne étendue, la séreuse en général peut être fixée sur les tissus sous-jacents par une suture continue, et souvent si bien attirée au-dessus de la perte de substance que celle-ci paraît complètement recouverte.

III. — Indépendamment du traitement propre de la pelvi-péritonite, on peut très complètement, par l'incision vaginale, faire *le traitement particulier des organes pelviens malades*. De même qu'une grande portion du péritoine pelvien, les ovaires et les trompes, l'utérus sont bien en vue. L'extirpation des tumeurs de l'ovaire, l'évacuation des hydropisies folliculaires, les résections ovariques, l'ouverture et l'évacuation des oviductes atrésiés, éventuellement l'enlèvement des ovaires ou des trompes, l'extirpation des myômes, etc., voilà autant d'opérations qui, avec la réserve d'un choix judicieux, sont en général menées à bien, sûrement et simplement.

Les chirurgiens se sont particulièrement appliqués à traiter les plaies du péritoine, et avec raison! Car si les mêmes lésions superficielles de la séreuse favorisent la formation d'adhérences, combien davantage ces larges surfaces cruentées tendront-elles à se souder à nouveau et intimement avec tous les organes avec lesquels elles sont en contact.

Les recherches dans le but de préciser les soins à prendre contre ces accidents ne doivent pas être tenues pour épuisées. J'avais d'abord espéré atteindre le plus aisément le but en badigeonnant les surfaces avec de l'huile d'olive stérilisée. Incontestablement le procédé est tout à fait inoffensif. L'huile d'olive est un mauvais terrain de culture pour les germes, et sa décomposition n'expose pas à des troubles sérieux dans les processus de cicatrisation des tissus. Mais l'expérience enseigne que cet expédient ne remplit pas le *desideratum*, et qu'en dépit du badigeonnage à l'huile les surfaces cruentées contractent des adhérences.

Un procédé plus héroïque consiste dans l'emploi du Paquelin, c'est-à-dire du cautère actuel. On ne peut nier que par l'emploi circonspect du fer rouge, il ne soit possible de produire une eschare si superficielle qu'elle recouvre la surface cruentée, qu'elle arrête les fines hémorrhagies parenchymateuses, et du coup, supprime la surface cruentée libre découverte. J'ai, jadis, poursuivi le même résultat par des badigeonnages avec l'huile térébenthinée ou, comme beaucoup d'autres, par des applications de solutions très étendues de perchlorure de fer. Mais je suis revenu de tous ces procédés, non point qu'ils aient jamais produit des effets regrettables, mais parce que je les ai vus, en certains cas, impuissants à donner le résultat attendu. En particulier quand il s'agit de surfaces cruentées de la séreuse intestinale, lésions qui surviennent à l'occasion de la destruction des adhérences péritonéales, j'appréhende toujours l'emploi de ces substances, même très diluées. Finalement j'ai abandonné tous ces expédients, parce que, tout en m'en passant, j'obtiens facilement l'hémostase, et que d'autre part je n'ai vu survenir aucun trouble dans le processus de guérison à la suite de l'abandon complet de la surface cruentée.

Semblable objection s'élève contre les tentatives de prévenir la soudure des surfaces cruentées par l'installation de tubes à drainage ou de gaze : ces objets doivent, dans les conditions existantes, toujours produire de nouvelles adhérences.

Le drainage, dans les opérations radicales, trouve encore aujourd'hui de chauds défenseurs. Dans son rapport, cité plus haut, au deuxième Congrès gynécologique international à Genève (1896) (*Samml. klin. Vorträge*, n° 178), Sänger a vivement recommandé d'appliquer aux « suppurations pelviennes » soit le drainage à la gaze, soit le tamponnement d'après Mikulicz, quand le pus est virulent, lorsque les surfaces dénudées sont le point de départ d'hémorrhagies qu'on n'est pas sûr de maîtriser, enfin quand il existe des fistules, ou bien quand, au cours de l'intervention, se produisent ou menacent de se produire des ruptures des organes voisins, surtout de l'intestin. Quelques chirurgiens allemands restent aujourd'hui encore fidèles

à cette manière de voir : Bardenheuer ne peut se passer du drainage dans son procédé opératoire compliqué, Hofmeier, Czempin et Lœhlein le conseillent, mais dans des limites modérées.

Avec un grand nombre de mes collègues j'ai complètement renoncé au drainage sous toutes ses formes. Après les résultats remarquables que Sänger put signaler à l'appui de sa proposition, beaucoup de chirurgiens pourront reprendre l'emploi de ce drainage dans les cas où il s'agira d'évacuer du pus contenant des germes divers. Pour mon compte, j'ai vu, même dans ces cas, de si nombreux faits de guérison régulière, abstraction faite des accidents que le drainage lui-même est impuissant à prévenir, que probablement je n'y aurai plus recours. Mais dans la pelvi-péritonite chronique, le drainage ne saurait avoir que des applications limitées. Aussi je renonce à poursuivre un développement plus circonstancié de cette question.

Le seul moyen d'assurer, avec quelque sûreté, la cicatrisation des surfaces cruentées décollées sans la production de nouvelles adhérences est, d'après mon expérience, de séparer largement ces surfaces. Et la meilleure façon de réussir consiste à bien isoler les uns des autres les organes pelviens et à les fixer dans la situation nouvelle où on les a amenés. Il suffit, en général, pour cela de mettre l'utérus en antéversion accusée par la vagino-fixation. Dans ce même but j'attends encore une action plus énergique de la ventro-fixation. Également l'anté-fixation de l'utérus par la méthode d'Alexander, ou le raccourcissement des ligaments ronds de l'utérus à travers l'incision vaginale, d'après Wertheim-Kiefer, se place à côté des deux autres procédés. Mais lorsqu'il est possible d'épargner aux femmes la cœliotomie, je pense que l'avantage est assez grand pour chercher à obtenir le même résultat par une simple vagino fixation convenable. *Dans les cas où la pelvi-péritonite se trouve principalement circonscrite sur la face postérieure de l'utérus et les parties avoisinantes des ligaments, et sur les organes annexiels adhérents à ce niveau, je puis, d'après mon expérience personnelle très étendue, conseiller vivement l'incision vaginale antérieure.*

Par cette voie, il est possible de libérer la partie adhérente sous le contrôle de la vue. Si les ovaires sont semés de quelques follicules on peut les ponctionner; s'il se rencontre des productions kystiques, les exciser; si même les ovaires sont tout à fait malades, on peut les extirper en totalité. On ouvre les trompes atrésiées, et, quand cela est possible, après les avoir attirées au dehors. Leur contenu est-il suspect, on les enlève; est-il sûrement de bonne nature, la trompe est conservée, le cas échéant, même après résection de *l'ostium abdominale*. Le corps de l'utérus est-il infiltré de myômes, on les extirpe toutes les fois que leur présence ne constitue pas une indication à la suppression de l'utérus lui-même. L'hémostase assurée, on fixe l'utérus par la vagino-fixation en position telle que le développement de l'organe, chez les femmes encore en état de concevoir, puisse normalement s'accomplir au cas d'une grossesse. Il suffit, dans ces cas, de commencer la vagino-fixation 4 à 5 centimètres au-dessous du fond, immédiatement au-dessus des plis vésicaux. Pour la suture, je me sers exclusivement de fils résorbables.

Ces appréciations sont basées sur un total de 471 cas de colpotomie antérieure (30 juin 1897). Sur ce nombre, 60 cas seulement n'étaient pas compliqués de péritonite pelvienne; et l'opération fut faite pour guérir des rétroversions mobiles qui avaient résisté à d'autres tentatives thérapeutiques. Dans les autres 411 cas, le but était de guérir des pelvi-péritonites plus ou moins étendues. Les complications furent : chez 59 malades, extirpation de myômes petits et gros ; chez 42, salpingite séreuse, hydrosalpinx ; chez 18, salpingite purulente, pyosalpinx; chez 5, salpingite noueuse isthmique (salpingitis nodosa isthmica); chez 4, il fallut agir sur la trompe gravide; une fois j'enlevai exclusivement les restes de l'œuf, et suturai l'incision faite sur la trompe autrement saine; chez 26, il fallut enlever en partie des tumeurs tubo-ovariques très volumineuses ; chez 25, on extirpa des kystes de l'ovaire ; 7 fois, évacuation de volumineux hématomes folliculaires; 44 fois, ponction de follicules hydropiques; 2 fois, on réussit à enlever des kystes

parovariques et 3 fois intra-ligamentaires. De ces 471 femmes, qui pour la plupart avaient présenté des états graves, compliqués, 467 purent quitter ma clinique, en moyenne, au bout de 8, 15 jours ; 31 d'entre elles seulement avaient eu de la fièvre; au moment de leur sortie, avaient encore des restes d'exsudats para-utérins. Parmi les lésions accessoires, opératoires, on nota, dans les 2 premières centaines de cas, 5 fois des lésions de la vessie : deux guérirent spontanément, les 3 autres réclamèrent une opération. *Des 471 femmes, 4 sont mortes :* 2 par septicémie, celle-ci ayant eu son point de départ dans des foyers de pus virulent; une par iléus, à la suite d'adhérence généralisée, ancienne de l'intestin ; la quatrième de pneumonie, 21 jours après l'opération.

Nombre de ces malades sont opérées depuis trop peu de temps pour permettre de formuler un jugement définitif. Sur les 262 opérées par mes assistants et par moi jusqu'à la fin de l'année 1896, nous avons observé la récidive de la péritonite pelvienne dans la proportion de 6 p. 100. Par contre, 67 p. 100 doivent être considérées comme guéries de leur pelvi-péritonite chronique. Chez 27 p. 100 on obtint, malgré des conditions très défavorables, une amélioration, en tout cas une restauration notable de l'aptitude au travail.

Que des récidives puissent se produire, cela n'est pas fait pour surprendre, si l'on songe à toutes les influences fâcheuses auxquelles sont exposés les organes génitaux. Dans quelques cas isolés, survint tout au moins une amélioration, à la suite de laquelle on vit l'état s'aggraver, empirer sous l'influence de circonstances incontestablement nuisibles.

Étant donné l'obstacle apporté par la pelvi-péritonite à la conception, on doit évidemment tenir pour une preuve sérieuse de l'action curative de la colpotomie sur le péritoine et les organes de la génération, que *des 411 opérées pour pelvi-péritonite, 18 sont devenues enceintes*. Jusqu'à ce jour, nous avons enregistré *9 cas d'accouchement à terme*. Ces cas correspondent à l'époque des débuts de la méthode opératoire, et, alors, la suture de fixation remontait à 3 centimètres au-dessous du fond de l'organe. Nous avons nous-même accouché ces

femmes ; chez 2 seulement on constata des troubles dans le développement, l'extension du segment inférieur, troubles dont on triompha d'ailleurs assez facilement par la version et l'extraction d'enfants vivants. De 9 autres femmes vivant au dehors, appartenant à la pratique privée, j'apprends qu'elles sont enceintes, que leur grossesse ne s'accompagne pas de souffrances et que l'utérus se développe normalement.

Ainsi, je reconnais qu'on est autorisé, dans les cas de désordres profonds des organes pelviens causés par la pelvi-péritonite aiguë et chronique, à tenter la guérison par les opérations radicales. Mais, pour la grande majorité de ces cas, reconnus réfractaires au traitement médical, je demande qu'on cherche, en conservant les organes pelviens non affectés de lésions incurables, à libérer les adhérences, à exciser seulement les portions malades des ovaires et de la trompe, et à obtenir une séparation large des surfaces cruentées sur le péritoine par la fixation solide de l'utérus, soit à la paroi abdominale antérieure, soit à la paroi antérieure du vagin.

La ventro-fixation remplit certainement le but. Mais elle laisse une cicatrice abdominale, et, à mon avis, elle ne doit être faite que dans le cas où, à cause de l'étendue, de la solidité des adhérences ou de la concomitance de tumeurs volumineuses, la vagino-fixation doit être écartée. Pour moi, l'opération de choix c'est la colpotomie antérieure. Elle est, dans les limites assignées, parfaitement apte à guérir la plupart des cas de pelvi-péritonite chronique. L'expérience enseigne, ainsi d'ailleurs que pour toutes les opérations abdominales compliquées, à éviter les lésions accessoires produites au cours de l'opération. La fixation de l'utérus chez les femmes dans l'âge de l'activité sexuelle, immédiatement au-dessus des replis vésico-utérins, a permis d'écarter les dangers tant discutés de troubles à l'occasion de la grossesse. Enfin les résultats définitifs répondent aux espérances conçues. Non seulement les malades ne présentent aucune cicatrice visible notable, mais on leur conserve leurs organes génitaux, autant du moins que l'état de ces organes le permet.

Discussion.

M. KUSTNER (1) (de Breslau).

Je suis bien loin de méconnaître ce fait que les opérations par la voie vaginale sont moins dangereuses que celles qui se font par l'abdomen. Il trouva sa première confirmation dans le parallèle des résultats de l'opération de Freund et de l'extirpation totale d'après la méthode de Czerny-Schrœder.

Il justifie les efforts actuels à faire *exclusivement* par en bas, le plus possible des opérations qui jusqu'ici pouvaient être faites par en haut et par en bas; d'autre part, à transformer la technique de la grande gynécologie opératoire à ce point que des opérations, comme par exemple l'enlèvement des ovaires, même quand cet enlèvement par en bas est plus compliqué, plus difficile et moins précis, sont exécutées cependant par en bas, mais après le sacrifice de l'utérus la plupart du temps peu ou point malade.

A ce sujet, nous ne devons pas perdre de vue deux choses :

Premièrement, le fait que toute une série d'opérations, pour lesquelles nombre de chirurgiens préfèrent la colpotomie comme opération préalable, seraient plus naturellement et à plusieurs points de vue mieux exécutées par l'abdomen;

Secondement, qu'il faut rechercher pourquoi les opérations par le vagin sont mieux supportées que celles qui se font par l'abdomen et pourquoi, en général, les résultats des premières sont plus favorables.

Abstraction faite de la possibilité de voir, après la cœliotomie, des hernies abdominales se produire — accident que d'ailleurs on peut, grâce à une suture soigneuse de la paroi, éviter presque avec certitude — le nœud de la question est dans l'asepsie. Il est incontestable, qu'en partie tout au moins, les résultats plus favorables des opérations vaginales tiennent à ce que, dans ces interventions, les mains *d'un seul*, celles de celui qui opère, ont affaire avec la cavité abdominale. Seul, celui sur qui repose toute la responsabilité du succès agit avec ses doigts dans cette cavité. Et il est naturel de penser que les soins, que les efforts qu'on emploie à réaliser la stérilisation des mains augmentent avec le degré de responsabilité.

Il faut également reconnaître que jusqu'à présent nous nous fiions

(1) Note rédigée par l'auteur pour les *Annales de Gynécologie.*

trop à la sûreté et à la persistance de la stérilisation de nos doigts. Même le procédé de stérilisation renommé : savon — alcool — sublimé — n'assure pas une sécurité absolue. Les causes de l'insuffisance, de temps en temps constatée, de ce procédé de stérilisation, tiennent soit à des fautes individuelles: manque d'habileté, manque d'habitude, soit peut-être aussi à l'action lente du sublimé sur l'agent de l'infection des plaies seul et exclusivement en cause. Somme toute, la stérilisation de nos mains est bien loin de présenter la même garantie que la stérilisation de tous les autres objets entrant en contact avec la plaie et la cavité abdominale au cours de l'opération : instruments, porte-tampons, fils à suture, etc.

Cette conception de laquelle, aujourd'hui seulement, on constate qu'on peut faire sortir un grand progrès, a été jadis exprimée par Hunter Robb, récemment par Mannteuffell, Mikulicz, et jadis appliquée par nous à Dorpat : il s'agit *de l'emploi courant de gants.*

Je me servais, à Dorpat, de gants en caoutchouc pour protéger mes mains au cours des interventions suspectes, dans les opérations avec des enfants morts. Mannteuffell les emploie particulièrement dans les opérations septiques, les phlegmons, etc. Partant du même principe, nous nous efforçons de préserver nos mains de tout contact avec les microbes pyogènes, afin de pouvoir, pour les opérations aseptiques, facilement et sûrement les faire libres de germes. L'autre principe est plus sûr d'après lequel, pour les opérations aseptiques, nous recouvrons nos mains de surfaces de stérilisation facile, c'est-à-dire que même pour les opérations aseptiques nous mettons des gants. Ainsi Hunter Robb et Mannteuffell se servaient de gants en caoutchouc, Mikulicz, et moi à son exemple, de gants en fil.

Si même nous ne pouvons nier que ces gants, ainsi qu'il a été démontré à l'Institut bactériologique par Fluggb, ne sont pas absolument imperméables aux bactéries et aux microbes, et que particulièrement les staphylocoques, dès que ces gants sont devenus humides, les traversent rapidement, cependant l'expérience de tout un semestre me donne presque la conviction que l'usage de ces gants en fil constitue, au point de vue des surfaces à stériliser, un progrès notable, et qu'on doit s'efforcer de se perfectionner dans cette même voie.

La besogne doit être faite par nous chirurgiens et aussi par l'industrie. Le but est de réussir à fabriquer des gants imperméables et en même temps assez minces pour ne pas trop diminuer la finesse des sensations, les qualités du toucher, de l'exploration.

En persévérant dans cette voie, on arrivera à atténuer considérablement les dangers des opérations faites par la voie abdominale, au point que ces dangers ne seront pas plus grands que ceux que comportent les interventions par le vagin.

Alors, il n'existera plus de raison de ne pas faire par l'abdomen ces mêmes opérations qu'on fait aujourd'hui par le vagin et qui sont plus commodes à exécuter par la cœliotomie abdominale.

M. OLSHAUSEN (de Berlin).

La différence capitale, sous le rapport du danger, entre les opérations vaginales et abdominales tient à ce qu'après les opérations vaginales laborieuses, le choc opératoire est moindre qu'après les autres, et cela parce qu'on a moins affaire avec les anses intestinales. La malade qui subit le « shock » opératoire est, de ce fait, exposée à s'infecter facilement. Dans toutes les opérations vaginales nous pénétrons beaucoup moins dans la cavité abdominale, au point qu'au cours de l'extirpation de l'utérus nous n'y entrons presque pas.

M. LEBEDEV (de Saint-Pétersbourg).

Je conseille, puisque même les statistiques de Martin accusent 27 p. 100 de non-guérisons, d'employer dans la péritonite chronique les bains de boue.

M. ZWEIFEL (de Leipzig).

La question de savoir s'il faut entreprendre une opération vaginale ou abdominale est une des plus débattues.

La cœliotomie abdominale met mieux en vue le champ opératoire et permet de réaliser une hémostase exacte. La cœliocolpotomie antérieure n'est pas une opération tellement bénigne ; des lésions complémentaires peuvent se produire. Sur la mise à nu des intestins et l'influence du shock, les idées de Zweifel sont inverses de celles d'Olshausen. Si l'on a soin de protéger les intestins contre le froid, et si l'on emploie ses soins à réaliser une hémostase exacte, le danger de la cœliotomie abdominale est minime, de même celui de l'éventration. Zweifel ne peut reconnaître une différence en faveur de l'opération vaginale.

M. PICHEVIN (de Paris).

La colpocœliotomie est une opération facile avec laquelle les hernies abdominales sont impossibles. Avec la colpocœliotomie Pichevin a

obtenu de bons résultats ; toutefois, dans un cas, il y eut à la suite des troubles à l'occasion de l'accouchement. Il a pu plusieurs fois, au moyen de ce procédé, pratiquer le raccourcissement des ligaments ronds. Mais le peu de temps écoulé depuis ne permet pas de se prononcer au sujet des résultats définitifs. Dans la plupart des cas on put, dans la même séance, faire successivement le curettage de l'utérus, l'amputation du col, des colporrhaphies, etc.

Quand on est bien sûr qu'il ne s'agit que de rétroflexions non compliquées, on peut, au lieu de la vagino-fixation, faire l'opération d'Alexander-Adams ; mais, dans les cas où cette certitude fait défaut, il faut recourir à la colpocœliotomie, parce qu'elle permet d'enlever simultanément les tumeurs utérines, les annexes malades, etc.

Pichevin fait, pour bien mettre en vue le champ opératoire, une incision semi-lunaire. Les tumeurs à enlever ne doivent être ni trop volumineuses ni trop adhérentes ; leur situation basse facilite l'opération. La colpotomie possède cet avantage qu'en cas de nécessité, par suite de lésions bilatérales, on peut, par le vagin, procéder à une opération radicale.

M. DUHRSSEN.

Dührssen répond à Pichevin qu'il fait l'incision en T, qu'il a abandonné l'incision semi-lunaire parce qu'il craignait de produire de nouvelles lésions. Avec le mode d'incision qu'il emploie, on évite, à condition d'une certaine habileté, ces lésions surajoutées. Dührssen a aussi modifié la façon d'ouvrir le péritoine ; il l'ouvre par une incision longitudinale, qu'il prolonge le plus loin possible sur le péritoine de la vessie. Le point essentiel réside dans la suture des plis vésico-utérins. Un avantage important des opérations vaginales comparées aux opérations abdominales, c'est le recouvrement rapide de l'aptitude au travail.

Dührssen déconseille la fixation basse dans les cas où l'on recherche la guérison de la rétroflexion. Également il déconseille de viser à une intervention conservatrice dans les cas de grossesse tubaire, ainsi que Martin a tenté de la réaliser en suturant à nouveau l'oviducte incisé. Et cela parce que d'ordinaire la trompe est, dans ces cas, atteinte d'un processus catarrhal, et que, le catarrhe de la trompe facilitant la grossesse tubaire, la récidive est possible.

M. MARTIN.

Sous le rapport de la technique opératoire, Martin procède autrement que Dührssen. Il fait une incision longitudinale qu'il complète, s'il le

faut, par deux courtes incisions latérales. Il ouvre transversalement les plis vésico-utérins et attire avec une pince l'utérus au-devant de la fente péritonéale. Comme matériel de suture il emploie le juniperus catgut. Il ferme la plaie abdominale, en conduisant la première suture à travers le vagin, la base de la vessie, les replis vésico-utérins, et puis suivant la voie inverse. Il proteste contre la possibilité de la grossesse extra-utérine, comme Dührssen l'admet, non seulement par la raison qu'au cours de ses opérations il a pu s'assurer de l'état tout à fait normal de la trompe, mais aussi par ce que Prochownik a observé un cas dans lequel, bien que d'un côté les annexes eussent été extirpées, et que de l'autre côté la trompe gravide eût été vidée de son contenu, la femme redevenue enceinte eut une grossesse utérine normale.

Séance du 21 août (matin)

Présidents : Léopold, Varnier, Küstner, Cameron.

La troisième question à l'ordre du jour est :

DE L'EXPLORATION EXTERNE EN OBSTÉTRIQUE

Rapporteurs : Léopold, A. Pinard.

1o Rapport de Léopold (1).

Messieurs ! En choisissant comme troisième thème de nos séances la question de l'*Exploration externe en obstétrique*, il me semble que le comité-directeur de notre section a voulu reconnaître quelque peu les efforts que, dans ces dernières années, on a faits de divers côtés dans le but de perfectionner l' « exploration externe » et d'en étendre les applications.

Entrant tout de suite dans le sujet, je constate que l'examen externe et interne des femmes enceintes et des parturientes a, principalement dans ces trente ou quarante dernières années, subi un perfectionnement remarquable.

L'exploration externe comprend : l'examen de tout le corps, en particulier des organes génitaux externes, la percussion, la

(1) Ce rapport nous a été adressé in extenso par l'auteur. H. V.

palpation et l'auscultation de l'abdomen, de la matrice et de son contenu, enfin la mensuration du bassin. L'autre méthode, l'exploration interne, consiste naturellement, simplement, dans le toucher du vagin, de la partie inférieure de l'utérus avec son contenu, et du petit bassin, c'est-à-dire de ses os et de son excavation.

Les caractères particuliers à chacune de ces méthodes d'exploration firent que l'exploration externe fut principalement employée pendant la grossesse et au commencement du travail, et l'exploration interne, par contre, surtout *pendant* l'accouchement. Mais, pendant l'accouchement, l'exploration interne fut pratiquée, même dans les cas normaux, trop fréquemment, parce qu'on ne s'était pas habitué à reconnaître et à suivre la progression du travail au moyen de l'exploration externe, faute qui ne s'explique que par le fait qu'on ne possédait pas une technique parfaitement systématisée de la méthode de l'exploration externe. Il y avait, en conséquence, lieu de penser que si une technique systématisée et bien méthodique de l'exploration externe pouvait permettre, dans les cas normaux, de suivre la progression du travail, elle devrait être absolument et couramment appliquée à côté de l'exploration interne, et même, à plusieurs points de vue, préférée à cette dernière.

Car nul ne voudra contester :

1° Qu'une parturiente peut être infectée par une exploration interne, jamais par une exploration externe ;

2° Que les examens internes sont inutiles, nuisibles même, quand l'exploration externe donne les renseignements attendus ;

3° Que les mains du médecin praticien, surtout quand il s'agit d'une *parturiente*, doivent être tenues pour septiques, qu'elles exigent en conséquence une désinfection particulièrement laborieuse ; mais que :

4° Ces mains ne peuvent être complètement débarrassées de germes par une désinfection rapide.

Pour moi, tout au moins, je ne crois pas à cette désinfection rapide, et je n'ai pas eu encore à me repentir de cette défiance au point de vue des intérêts des parturientes qui me sont confiées.

Pour qui, Messieurs, travaillons-nous dans les cliniques? Pour qui poursuivons-nous nos recherches scientifiques? Uniquement dans l'intérêt des parturientes et des médecins praticiens.

Et maintenant qu'on songe aux occupations du praticien qui, en outre, est forcé de faire des accouchements ! Le hasard des jours, la diversité de sa besogne le conduisent auprès de sources multiples d'infection (scarlatine, pneumonie, diphtérie, érysipèle) ; parfois même il a à panser des plaies suppurées. Dans son cabinet de consultation il a à toucher, à traiter toutes les régions malades du corps. Et quand, entre temps, survient un cas obstétrical à diriger, à terminer, il doit, en songeant à toutes les sources d'infection auxquelles il a été exposé, comprendre qu'il lui est difficile, sinon impossible, de débarrasser rapidement et tout à fait ses mains de germes. En tout cas, en des conditions telles, le médecin instruit, évitera pour peu que la chose soit possible, toute exploration interne, car il a heureusement toute raison de se convaincre qu'il existe une technique très méthodique de l'exploration externe, avec laquelle il peut non seulement se renseigner exactement sur le *statu quo*, mais encore, le cas échéant, diriger l'accouchement et le suivre jusqu'à la fin.

De fait, il existe une exploration externe ainsi systématisée. Elle se compose des 4 manœuvres que j'ai combinées, et qui sont connues depuis longtemps. Ces 4 manœuvres, je ne les tiens pas pour ma propriété intellectuelle, car bon nombre de nos éminents confrères ont contribué à leur édification. Je les ai seulement combinées d'une façon systématique, spéciale. Et leur mérite, leur importance, c'est qu'appliquées de la première à la quatrième, suivant une succession rigoureuse, elles fournissent, avec le secours de l'inspection, de l'auscultation et de la mensuration externe du bassin, des renseignements précis sur l'état et la marche de l'accouchement, et nous permettent, dans chaque cas particulier, de reconnaître si nous nous trouvons en présence de conditions normales ou pathologiques.

J'ai à plusieurs reprises décrit ces 4 manœuvres, et pas n'est besoin d'en faire, ici, une nouvelle description. Mais il est permis de noter encore une fois comme étant leur trait essentiel, ceci : Avec la *première*, on détermine si l'enfant se présente longitudinalement ou transversalement, et quelle partie fœtale occupe le fond de l'utérus.

La *seconde* permet de reconnaître où sont le dos de l'enfant et les petites parties.

La *troisième*, quelle partie fœtale se présente.

Le *quatrième*, si la partie fœtale qui se présente est engagée dans le petit bassin et à quel degré. Et précisément cette constatation, grâce à une habitude prolongée, se laisse d'autant mieux faire avec une grande certitude, qu'en général les accouchements pathologiques ne sont que dans la proportion de 8-10 p. 100.

Ces 4 manœuvres, on les a employées et éprouvées, dans notre clinique, au moins sur 10,000 parturientes. Et d'année en année, on a de plus en plus constaté qu'à la condition de s'être bien familiarisé avec elles et de les posséder parfaitement, on peut, dans la plupart des cas, particulièrement dans les cas normaux, non seulement diagnostiquer la position de l'enfant, mais encore suivre *la progression du travail*, et même, avec elles seules, terminer tout à fait l'accouchement.

De là, cette *première* proposition : *il faut enseigner aux élèves sages-femmes, aux étudiants et médecins non seulement l'examen interne des femmes enceintes et des parturientes, mais aussi l'exploration externe bien systématisée, méthodique, et cette dernière d'une manière assez approfondie pour qu'ils soient capables, en cas de nécessité, de diriger les accouchements normaux avec le seul secours de l'exploration externe.*

Mais l'exploration interne ne doit être négligée ni dans l'enseignement ni dans la pratique. Il ne faut pas non plus systématiquement la supprimer dans l'accouchement normal ; car, le livre d'enseignement à l'usage des sages-femmes qui a cours chez nous, dans la Saxe royale, exige d'elles au moins *un* exa-

men interne même dans les cas normaux, et toujours après la rupture de la poche des eaux. Mais cette exploration interne doit être restreinte le plus possible, de façon à faire cesser ces examens internes si fréquents, non méthodiques, avec leurs dangers. En réalité, nombre de médecins et de sages-femmes, depuis plusieurs années déjà, dirigent, d'après ces mêmes principes, les accouchements normaux, et il est très probable qu'ils ont à se féliciter des résultats qu'ils doivent à cette manière de procéder.

Mais il en va tout autrement quand l'accouchement est *pathologique, quand il s'écarte de l'accouchement normal.*

Supposons qu'il s'agisse d'un bassin rétréci (et, sur ce point, la mensuration pelvienne et la position de la partie fœtale qui se présente au début du travail nous éclairent), ou d'une parturiente malade, par exemple en état d'éclampsie, ou d'une présentation mauvaise de l'enfant, d'un affaiblissement des doubles battements fœtaux, d'une condition anormale, pathologique des annexes de l'œuf, membranes, placenta, etc., il est parfaitement évident que les deux méthodes combinées (externe et interne) peuvent seules renseigner complètement sur les conditions existantes, et ce serait faire une faute par omission, que de prétendre diriger du commencement à la fin un semblable accouchement avec le seul secours de l'exploration externe, d'où la PROPOSITION II : *Dans toute grossesse, dans tout accouchement s'écartant des conditions normales, il faut procéder aussi bien à l'exploration externe qu'à l'exploration interne. A défaut de quoi, celui qui dirige l'accouchement risquerait de méconnaître des particularités multiples desquelles il doit pourtant déduire les indications et le moment propice pour telle ou telle intervention.*

On a reproché à l'exploration externe, faite à fond, d'avoir des effets fâcheux, tels que : douleurs causées aux parturientes, provocation de contractions utérines atypiques, excitation intempestive de la pression abdominale, trouble dans le premier stade du décollement placentaire, changement dans la position et l'attitude du fœtus, dans le moment

par exemple où, le bassin étant modérément rétréci, la tête déjà était bien en voie de s'accommoder pour pénétrer dans le bassin et de se bien adapter, et, par suite, troubles graves apportés dans la marche du travail.

Ces irrégularités, ces accidents nul ne les a observés dans notre clinique, et le fait qu'on les a signalés nous induit seulement à penser qu'ailleurs cette exploration externe est trop brutale, sans ménagement, et, d'autre part, qu'elle n'est pas appliquée suivant la technique systématisée et rigoureusement méthodique en usage chez nous. De ces considérations découle la PROPOSITION III : *L'exploration externe, méthodique, circonspecte, avec ses quatre manœuvres successives, n'a jamais causé, soit au cours de la grossesse soit pendant l'accouchement, aucun de ces effets fâcheux signalés de divers côtés.*

Il est plus juste de dire qu'avec chaque année d'habitude plus grande et de possession plus complète de cette méthode d'exploration, les cas deviennent plus rares où se commet une erreur de diagnostic sur la position et la présentation du fœtus, ou bien dans lesquels on ne reconnaît pas une condition anormale et où, par suite, l'exploration interne n'intervient pas à temps.

En tous cas, cette restriction systématique de l'exploration interne n'entraîne aucune conséquence fâcheuse pour la mère et pour l'enfant.

Nous fondant sur une expérience personnelle de plusieurs années de l'exploration aussi bien externe qu'interne, voici à ce sujet notre manière de voir :

1° *Il est possible de diriger les accouchements normaux avec le seul secours de la méthode d'exploration externe que nous avons systématisée.*

Il nous paraît donc rationnel de conseiller d'expérimenter, d'apprendre et d'enseigner cette méthode ; car elle peut, le cas échéant, prendre une importance extrême en permettant d'éviter toute *possibilité* d'infection, et cela, en mettant à même de conduire l'accouchement avec la seule exploration externe.

Avec cette méthode, l'on ne saurait nuire ni à la femme enceinte ni à la parturiente.

Et cela, on ne saurait l'affirmer pour l'exploration interne. Car, même les méthodes de désinfection les plus récemment recommandées, ne donnent pas la certitude au point de vue de la stérilisation absolue.

2° *Je tiens donc pour digne d'être prise en sérieuse considération la proposition de restreindre, le plus possible, l'exploration interne, dans les cas normaux.*

Dans les cas *anormaux*, on ne peut et on ne doit pas s'en passer. Mais, même dans ces cas, l'accoucheur doit toujours se souvenir que l'excès est aussi inutile que nuisible.

2° Rapport de A. Pinard.

Appelé à l'honneur de rédiger un rapport sur l'exploration externe, j'avais tout d'abord à rechercher quelle était la pensée dirigeante du comité d'organisation du Congrès en mettant cette question à l'étude et en la formulant ainsi.

En effet, un rapport sur l'exploration externe appliquée à l'obstétrique peut comprendre une étude d'ensemble sur tous les moyens employés, tels que la *vue*, la *percussion*, *l'auscultation* et la *palpation*, qui, tous, sont des procédés d'exploration externe. C'est ainsi que la question est envisagée et traitée dans un certain nombre de traités d'accouchement. Ou bien la question peut être restreinte et le rapport peut ne comprendre que l'étude du mode d'exploration pratiqué par les mains seules et appelé communément palper obstétrical. Cette manière d'envisager la question a été adoptée par la pluralité des auteurs. C'est ainsi que je l'ai comprise moi-même, dans le présent rapport, pour les raisons suivantes :

Un rapport sur l'ensemble des procédés d'exploration externe, même sommaire, eût exigé des proportions que ne comportent pas, il me semble, les conditions dans lesquelles il doit être exposé et discuté. De plus, et surtout, il me paraît irrationnel de placer sur le même plan la vue, la percussion, l'auscultation et la palpation abdominale. Ce dernier moyen d'investigation,

par sa puissance, par les études relativement récentes auxquelles il a donné lieu, par les résultats si importants qui ont été obtenus grâce à lui, mérite un exposé spécial que je vais essayer de faire.

Je ne m'occuperai donc, dans le cours de ce travail, que de ce procédé d'exploration appelé : *attouchement, toucher abdominal, palpation externe*, et, plus communément aujourd'hui, *palper abdominal.*

Historique. — Ce n'est point ici le lieu de faire un historique complet du palper abdominal, et je ne recommencerai pas ce que j'ai essayé de faire ailleurs (1). Cependant il me paraît juste et nécessaire de préciser, autant que possible, l'époque où apparut pour la première fois, dans la science obstétricale, l'emploi fructueux du palper abdominal, et de rappeler les noms de ceux qui, reconnaissant la valeur de ce mode d'investigation, sont venus par leurs études ajouter successivement une part plus ou moins grande à la somme de nos connaissances concernant son emploi. Cela permettra de réparer quelques injustices.

Quoi qu'on ait pu rapporter aux auteurs anciens, il faut reconnaître avec Schrœder que ce n'est que depuis la seconde moitié du XVIIe siècle que l'exploration obstétricale atteignit, pour la première fois, un certain degré de perfection, et par là même d'utilité. C'est à ce moment, presque simultanément, que deux hommes dont les noms doivent être retenus, Puzos et Rœderer, comprennent la valeur du palper abdominal (attouchement) comme moyen de diagnostic de la grossesse et précisent leur manuel opératoire :

Puzos emploie et recommande l'*exploration combinée*, « la manière de toucher la matrice par ses deux extrémités », qui, dit-il, n'est pas seulement utile pour s'assurer s'il y a grossesse ou non, mais peut encore servir à faire connaître les différents

(1) Voyez Historique du palper abdominal, in *Traité du palper abdominal*, 1re édition, 1878 ; 2e édition, 1889.

termes de la grossesse qui se marquent par les places qu'occupe la matrice (1).

Rœderer enseigne l'*exploration externe seule.* « Le médecin appliquera sa main en travers sur le bas ventre, le doigt annulaire tendu vers l'os pubis, et le pouce vers le nombril. » C'est le palper bi-digital avec une seule main (2).

Aussitôt après les noms de Puzos et Rœderer, et brillant d'un plus vif éclat, doit être placé le nom de Wigand, qui le premier, au commencement de ce siècle, démontra par ses observations la valeur du véritable palper abdominal appliqué à la recherche du contenu de l'utérus, c'est-à-dire à l'attitude du fœtus dans la cavité utérine, et au diagnostic des présentations, et fut conduit, par le résultat de ses recherches, à la conception de cette belle opération : la version par manœuvres externes. Je suis particulièrement heureux, aujourd'hui, de redire : C'est du Nord que nous vint la lumière, puisque c'est en Russie que l'illustre Wigand vit le jour, et de répéter avec E.-G.-J. de Siebold : « La science lui conserve, pour les temps futurs, son souvenir reconnaissant » (3).

Après Wigand, le professeur W. Jos. Schmitt de Vienne, pénétré de l'importance de l'exploration externe, « appréciant au plus haut degré le tact et les moyens de l'exercer », étudia d'une façon particulière le palper abdominal, ainsi qu'on peut s'en convaincre par les lignes suivantes : « Cette exploration du bas-ventre (exploratio ventralis seu abdominalis) est de la plus grande importance pour le diagnostic, et l'on devrait toujours y avoir recours lorsque l'on veut s'assurer de l'existence de la grossesse ; elle est même souvent plus instructive et donne des résultats plus certains que l'exploration interne (exploratio vaginalis) » (4).

---

(1) PUZOS. *Traité des accouchements*, 1759, p. 60.

(2) RŒDERER. *Éléments de l'art des accouchements*, 1775, p. 76.

(3) Just-Henry Wigand, né à Revel, en Esthonie. Voir *Essai d'une histoire de l'obstétricie*, par ED. G.-J. DE SIEBOLD. Traduit par le professeur F. J. HERRGOTT. Paris, 1891, t. II, p. 558 et p. 563.

(4) *Recueil d'observations sur des cas de grossesses douteuses, précédé d'une*

Puis, vint le professeur Anton. Friedreich Hohl, de Halle, qui, dans son traité d'exploration obstétricale, étudie le palper abdominal, décrit le manuel opératoire et énumère toutes les ressources que peut fournir son application à l'obstétrique. Peut-être même, comme nous le discuterons plus loin, a-t-il été au delà de la réalité, en exagérant, au moins en certains points, les résultats fournis par ce mode d'investigation (1).

L'école de Strasbourg comprit plus que bien d'autres Facultés, l'importance de l'exploration externe, ainsi qu'en témoignent la traduction de Schmitt par Stoltz en 1829, et la thèse inaugurale du professeur F.-J. Herrgott, consacrée à la description des différentes variétés de forme de la matrice pendant la gestation et l'accouchement : « Le diagnostic obstétrical, répétait constamment à ses élèves ce vénéré maître, repose sur un trépied : la palpation, l'auscultation et le toucher » (2).

En Belgique, l'un des plus grands accoucheurs de ce siècle, le professeur L.-J. Hubert, de Louvain, sans avoir eu connaissance des travaux de Wigand, arriva aux mêmes résultats par l'emploi et l'étude des mêmes procédés d'investigation : l'exploration externe. Dès le début de sa carrière, il reconnut l'importance du palper. En 1837, il l'enseigna à ses élèves ; quelques années plus tard, par ses écrits, il appelle l'attention des accoucheurs sur l'importance de l'exploration externe qu'il décrit et sur les résultats qu'il en a obtenus (3). En 1855, A. Mattei, ancien accoucheur de l'hospice de Bastia, publia à Paris un *Essai sur l'accouchement physiologique*, dans lequel le chapitre le plus original et le plus important est

---

introduction critique sur la manière d'explorer. Traduit par J.-B. Stoltz, 1829, p. 3.

(1) *Die Geburtshülfliche Exploration*, t. II, 1834, p. 157 et suivantes.

(2) F. J. Herrgott. Traduction de de Siebold. *Loco citato*, p. 62.

(3) L.-J. Hubert. Quelques faits suivis de réflexions sur les présentations vicieuses du fœtus et sur la possibilité de les corriger par des manipulations extérieures. In *Ann. de gynéc.*, sept. 1843. *Encyclopédie des sciences médic.*, juillet et août 1843. *Ann. de la Flandre occidentale*, 1855. Voir aussi Eug. Hubert. *Journal médical des sciences de Louvain*, décembre 1877, p. 595.

consacré au palper abdominal. Tous ceux qui liront ce chapitre reconnaîtront, je pense, avec moi, que personne, avant cet auteur, n'avait décrit ce mode d'investigation avec autant de détails et que les préceptes qu'il formule lui ont été dictés par l'expérience (1).

Le professeur Tarnier étant accoucheur de la Maternité, pénétré de l'importance de ce procédé d'exploration, l'étudia particulièrement (2) et l'enseigna à ses élèves. C'est grâce à ce maître que j'ai pu, dès 1873, commencer l'étude du palper, étude que je n'ai cessé de poursuivre depuis cette époque et que j'espère continuer encore (3).

Bien d'autres accoucheurs, dont l'énumération serait trop longue pour le cadre que j'ai à remplir ici, se sont occupés de l'exploration externe au point de vue obstétrical, et s'il n'ont que peu ou point augmenté la somme de nos connaissances sur ce point, ils ont eu, cependant, le grand mérite d'essayer d'appeler par leurs écrits l'attention sur la valeur de ce procédé, mais hélas ! avec assez peu de succès, puisque, malgré tant de recherches, tant d'efforts, Schrœder pouvait encore dire avec raison, en 1875 : « L'importance de l'exploration externe n'a pas été reconnue d'une façon suffisante jusque que dans ces derniers temps » (4).

Depuis cette époque, les choses ont changé à ce point que des accoucheurs, et non des moins éminents, proposent et conseillent d'employer exclusivement l'exploration externe chez la femme en travail (5). Et le professeur Herrgott a pu écrire en connaissance de cause, en 1892 : « Nous avons la conviction que ce mode d'exploration est pratiqué maintenant dans toutes les cliniques obstétricales de France » (6).

---

(1) *Essai sur l'accouchement physiologique*, 1855.

(2) Voir in *Atlas de* LENOIR, SÉE et TARNIER, p. 91, et *Traité d'accouchement* de CAZEAUX.

(3) *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical*, 1878 et 1889.

(4) SCHRŒDER. In trad. franç., p. 85.

(5) LEOPOLD. In *Arch. für Gynæcolog.*, t. XXXVIII. — AHLFELD. *Centralblatt*, 1890, n° 15. — HÉGAR. *Volkm. Saml. kl. Vortr.* — WERTH. Muller's Handb : p. 461.

(6) F.-J. HERRGOTT. Trad. de de Siebold. *Loco citato*, p. 64.

Cela dit, nous allons exposer ce qu'a donné, ce que peut donner l'emploi systématique du palper abdominal pendant la puerpéralité, c'est-à-dire pendant la grossesse, pendant l'accouchement et pendant les suites de couches.

Manuel opératoire. — Avant d'aborder l'étude de ces différents chapitres, je déclare que je ne m'occuperai pas du manuel proprement dit du palper abdominal. Il est assez décrit et connu pour que je croie inutile d'y revenir ici par la relation même d'un simple exposé.

Je me contenterai de dire, après 20 années d'enseignement, que je ne connais pas de manuel opératoire plus facile à exposer et plus facile à apprendre. Il est beaucoup plus difficile de se familiariser avec l'auscultation et le toucher qu'avec le palper abdominal. Les constatations faites à la clinique Baudelocque démontrent que les élèves (1), après un stage d'une durée d'un mois, sont presque tous capables de faire, à l'aide du palper seul, le diagnostic de la présentation du fœtus, de sa position et de sa variété.

I. — Du palper abdominal pendant la grossesse.

Le palper abdominal doit être étudié dans les différentes circonstances où il peut et doit être employé pendant la grossesse. Nous avons donc à l'envisager :

1° Dans la grossesse physiologique;
2° Dans la grossesse multiple;
3° Dans la grossesse pathologique;
4° Dans la grossesse compliquée;
5° Dans la grossesse extra-utérine.

§ 1. — Grossesse physiologique.

Pendant la grossesse physiologique, le palper abdominal doit être employé pour reconnaître l'existence et l'âge de la grossesse, puis la présentation et la position du fœtus.

(1) Aussi bien les étudiants que les élèves sages-femmes.

a) **Diagnostic de l'existence et de l'âge de la grossesse.**— Le diagnostic de l'existence de la grossesse, pendant la première moitié, est un des problèmes les plus importants de la pratique obstétricale et chirurgicale. Je dis la première moitié ; car, dès qu'on entre dans la période où peuvent se percevoir les signes de certitude, le diagnostic n'offre et ne peut plus offrir aucune difficulté. Mais dans *la période silencieuse et non mouvementée*, ce diagnostic réclame toute l'attention du praticien et m'engage à exposer brièvement les ressources que peut fournir le palper.

Appliqué au diagnostic de la grossesse pendant cette période, le palper doit avoir pour but de rechercher la présence d'une tumeur dans la cavité abdominale et d'en apprécier le volume et les caractères.

L'exploration externe ne doit jamais être employée exclusivement dans ces circonstances. Elle n'acquiert de valeur qu'autant qu'elle est combinée avec l'exploration interne. Il faut employer la méthode de Puzos et « toucher la matrice par ses deux bouts ».

Je n'ai pas à parler ici des caractères particuliers de l'utérus qui sont connus et décrits partout, et qui n'ont, du reste, qu'un rapport indirect avec le palper. Mais, je dois et je veux insister sur le volume de l'utérus aux différents âges de la grossesse. Car, rien ne montre mieux combien le palper était peu ou mal employé, que les dimensions et rapports de l'organe gestateur aux différentes périodes de la grossesse indiqués par la plupart des auteurs classiques (1).

Les nombreuses observations que j'ai faites à ce sujet, tout en me démontrant que l'état de vacuité ou de réplétion des organes voisins, la conformation du bassin, la compression exercée au niveau de la taille par le corset, sont autant de causes qui peuvent faire changer la situation de l'utérus, m'ont également fourni la preuve que la hauteur de l'utérus indiquée, pendant les six premiers mois de la grossesse, est notablement insuffisante.

---

(1) Voir pièces justificatives, n° 1, p. 338.

De mes recherches, il résulte *qu'au 2e mois* le fond de l'utérus est ordinairement au-dessus du bord supérieur de la symphyse, qu'il surpasse de plusieurs centimètres, en moyenne de 3 centimètres; — *au 3e mois*, le fond de l'utérus est, ordinairement, à 9 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne; — *au 4e mois*, il est à 15 centimètres environ, avoisinant plus ou moins l'ombilic (1).

Je n'ai jamais rencontré un utérus dont le fond ne dépassât pas l'ombilic au cinquième mois.

Cependant, il ne faut pas oublier que dans des cas exceptionnels, et en particulier dans la rétroversion, l'utérus peut être enfoui dans l'excavation. Mais, laissant de côté toutes ces exceptions, toutes les variations momentanées, n'envisageant que le fait le plus commun, on peut dire que: dès les premières semaines de la grossesse, le fond de l'utérus dépasse le bord supérieur du pubis et est perçu par le palper, et que dès le troisième mois il est plus organe abdominal qu'organe pelvien.

Je ne crois pas inutile d'affirmer ici, après des milliers d'observations, que le plus souvent, chez une femme à terme, le fond de l'utérus s'élève généralement à 34 centimètres au-dessus de la symphyse. Donc, chaque fois que la hauteur est notablement plus prononcée, l'on doit songer à la possibilité de

(1) Chez vingt femmes suivies avec soin et dont l'âge de la grossesse a été vérifié par la date de l'accouchement, j'ai trouvé l'utérus s'élevant au-dessus de la symphyse pubienne (1) :

A 3 MOIS :	de 8	centimètres........	6 fois
	— 9	—	9 —
	— 10	—	3 —
	— 11	—	2 —
A 4 MOIS :	de 13	centimètres........	5 fois
	— 14	—	5 —
	— 15	—	7 —
	— 16	—	2 —
	— 17	—	1 —

(1) *Traité du palper abdominal*, 1889, p. 118.

l'existence d'un gros œuf, d'une grossesse multiple ou d'une hydropisie de l'amnios.

Le palper renseigne sur l'inclinaison de l'utérus qui ne se prononce qu'après le quatrième mois. La consistance de l'utérus pendant la première moitié de la grossesse mérite d'être connue. Elle diffère absolument de celle d'une tumeur fibreuse, et notablement de celle fournie par un kyste de l'ovaire, tous deux d'égal volume. La sensation éprouvée à l'état de relâchement est celle *d'une rénitence molle*, qui n'est pas celle de la fluctuation ordinaire. L'utérus gravide ne présente la consistance presque ligneuse de la tumeur fibreuse que chez les femmes menacées d'avortement, et la tension permanente analogue à la paroi kystique que dans les cas de grossesse anormale (hydropisie de l'amnios).

Le palper permet de constater que l'utérus se contracte pendant toute la durée de la grossesse, mais plus souvent dans la seconde moitié que dans la première. Si la contraction de la tumeur que l'on perçoit est un signe qui permet, à peu près certainement, d'affirmer que la tumeur est constituée par l'utérus, il ne faut pas oublier que la contraction de la vessie a pu être observée (Pajot et Tarnier). J'ai moi-même constaté la contraction d'un kyste fœtal (1).

Vers le quatrième mois, le palper permet de percevoir deux des signes de certitude, le ballottement abdominal (mouvement passif), le choc fœtal (mouvement actif). Le ballottement abdominal se perçoit le mieux, à ce moment, vers la région ombilicale, que je considère comme le lieu d'élection pour faire cette recherche. Le choc fœtal peut se percevoir, quelle que soit la région sur laquelle la main est appliquée.

b) **Diagnostic de la présentation et de la position du fœtus pendant la grossesse.** — Ce diagnostic n'est véritablement utile qu'à partir du *septième mois*. Avant cette époque, les mutations de présentation et de position sont tellement

---

(1) Voir *Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine*, 1895.

faciles et fréquentes, que ce diagnostic ne peut guère satisfaire autre chose que la curiosité. *A partir du septième mois*, ce diagnostic doit être fait chez les primipares, car dans un certain nombre de cas la présentation du siège, facile à transformer dans le cours du septième mois, devient difficile ou impossible à déplacer dans le cours du huitième mois.

Chez les multipares, le diagnostic de présentation doit être fait dans le cours du huitième mois.

Si les présentations du siège ne peuvent pas être toutes transformées, il n'en est pas ainsi des présentations de l'épaule qui, toutes, doivent disparaître, à l'aide de la version par manœuvres externes. Et je crois être dans le vrai en répétant ce que je dis depuis longtemps, à savoir que *dans une grossesse normale, toute présentation de l'épaule*, constatée au moment du travail, est le résultat de l'incurie de la parturiente ou de l'ignorance de l'accoucheur ou de la sage-femme.

Du palper abdominal au point de vue du diagnostic des présentations et des positions pendant les deux derniers mois de la grossesse. — Si le mot toujours était permis en langage clinique, je dirais : le diagnostic des présentations et des positions du fœtus pendant les deux derniers mois de la grossesse normale est toujours possible. Je sais que des circonstances exceptionnelles peuvent rendre ce diagnostic difficile. C'est ainsi qu'une épaisseur énorme de la paroi abdominale a été signalée comme pouvant empêcher de faire ce diagnostic. Je dois reconnaître que cette difficulté n'a jamais, pour moi, été insurmontable. En tout cas, nous sommes en droit de modifier ce que disaient autrefois les auteurs qui prétendaient qu'il était exceptionnel de pouvoir faire le diagnostic de la présentatisn du fœtus à l'aide du palper, et de dire : il est absolument exceptionnel de ne pouvoir faire le diagnostic des présentations par le palper.

Ainsi que je l'ai déjà annoncé, je ne parlerai pas du manuel opératoire, partout aujourd'hui décrit, figuré, enseigné.

c) **Du diagnostic de l'insertion du placenta par le palper.** — J'avoue que malgré mes recherches nombreuses et patientes, il m'a été impossible, dans la pluralité des cas, de diagnos-

tiquer pendant la grossesse le lieu d'insertion du placenta.

Les sensations obtenues m'ont toujours paru trop vagues pour me permettre d'être affirmatif.

Dans plusieurs cas où j'ai eu à pratiquer la gastro-hystérotomie pour extraire le fœtus, j'ai cherché à l'avance à déterminer par le palper la situation du placenta. Je dois reconnaître que presque dans tous les cas j'ai eu des surprises : ou j'ai rencontré le placenta dans mon incision, alors que je ne le croyais pas inséré sur la paroi antérieure, ou je ne l'ai pas rencontré, alors que je l'avais soupçonné devoir être sectionné (1).

d) **Diagnostic de la grossesse dans les cas où le fœtus mort est retenu dans la cavité utérine.** — Lorsque le fœtus meurt et est retenu plus ou moins longtemps dans la cavité utérine, le palper révèle alors des sensations particulières qui varient avec l'âge du fœtus et la durée de la rétention, mais qui sont bien différentes suivant que la mort est survenue pendant la première ou pendant la seconde moitié de la grossesse.

Sensations fournies par le palper quand le fœtus est mort pendant la première moitié de la grossesse. — Le palper pratiqué dans ces conditions peut permettre de faire trois constatations bien différentes :

1° Tantôt l'utérus est difficile à rencontrer, à délimiter, et on est exposé à nier son développement.

2° Tantôt l'utérus s'offre à la main sous la forme d'un globe de consistance ligneuse, la tumeur est constamment tendue ; l'expulsion ne tardera guère.

Dans ces cas, on est exposé à faire le diagnostic de tumeur pathologique, et en particulier d'un fibrome.

3° Tantôt, enfin, l'utérus est reconnu facilement sous la forme d'une tumeur plus ou moins molle, élastique et rénitente, souvent inclinée à droite, quelquefois à gauche ou située sur la

---

(1) Le diagnostic de l'insertion du placenta ne peut guère être fait que quand le placenta est inséré en avant et que le dos du fœtus est lui-même en avant. Dans ces cas le diagnostic est relativement facile et je l'ai fait nombre de fois.

ligne médiane, se déplaçant facilement, et dont le volume n'est généralement pas en rapport avec l'âge supposé de la grossesse.

Sensations fournies par le palper, quand le fœtus est mort pendant la seconde moitié de la grossesse. — Pendant cette période, le palper permet, le plus souvent, de percevoir non seulement les modifications du contenant de l'utérus, mais encore les modifications du contenu : l'œuf, et en particulier le fœtus.

Recherche et perception de l'utérus. — En raison de son développement et de son mouvement ascensionnel dans la grande cavité abdominale, l'utérus est, pendant cette période, plus superficiel, et par cela même plus accessible, et sa forme et sa consistance sont généralement et facilement appréciables.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, et l'observation que je rapporte aux pièces justificatives (1) prouve de la façon la plus nette que le diagnostic est quelquefois extrêmement difficile lorsque le fœtus est mort et retenu dans la cavité utérine, même dans la deuxième moitié de la grossesse. Dans tous les cas, c'est encore l'exploration externe qui donne les renseignements les plus précieux, et parmi ces derniers, je place en première ligne *la perception de la contraction utérine.*

Si le palper est pratiqué peu de temps après la mort du fœtus, les sensations éprouvées seront celles de l'œuf vivant ou à peu près. Mais si la mort remonte à quelques jours l'utérus donnera à la main une sensation de mollesse, de flaccidité particulière. Cela tient à la résorption du liquide amniotique qui commence aussitôt après la mort du fœtus et qui peut aller jusqu'à la disparition complète si la rétention se prolonge.

Recherche et perception du fœtus. — Quand le fœtus est mort et retenu dans la cavité utérine, ses tissus se ramollissent, ses formes s'atténuent, l'ovoïde fœtal disparaît pour faire place à une masse inerte et bientôt informe. Aussi les sensations qu'on perçoit en pratiquant le palper dans ces conditions sont-elles toutes différentes de celles qu'on éprouve quand le fœtus

---

(1) Pièces justificatives, n° 2, p. 341.

est vivant. Mais pour qu'il y ait une différence sensible et bien appréciable, il est nécessaire que la mort remonte au moins à huit jours avant l'examen. C'est, du moins, ce qui résulte des recherches que j'ai pu faire dans dix-sept cas où j'ai pu noter le jour de la mort du fœtus et pratiquer le palper presque tous les jours, jusqu'au moment de l'expulsion dont l'époque varia du 15e au 95e jour (1).

A un moment donné, une sensation nouvelle peut apparaître, *la crépitation osseuse*. Sous l'influence de la macération, les os du crâne se disjoignent, et la pression exercée par les doigts, à ce niveau, détermine des sensations de crépitation osseuse due au chevauchement et au frottement des os à nu les uns sur les autres.

§ 2. — Grossesses multiples.

Je ne parlerai que des grossesses doubles ou triples, n'en ayant jamais rencontré de quadruples.

Je proclame qu'il n'est aucun procédé d'exploration, appliqué au diagnostic des grossesses multiples, ayant la même valeur que le palper abdominal.

Ceux qui ont dit que l'auscultation pouvait seule donner la certitude de l'existence de plusieurs fœtus dans l'utérus, se trompent.

Il est souvent difficile, par l'auscultation, d'établir la différenciation des foyers. De plus, les deux cœurs des fœtus peuvent battre à l'unisson. J'en ai observé un très bel exemple, en 1893, à la Maternité. A maintes reprises, avec mon maître, M. Tarnier, nous avons, dans un cas où j'avais fait le diagnostic de grossesse gémellaire par le palper, ausculté, simultanément, les deux foyers d'auscultation, en comptant, pendant un laps de temps déterminé, le nombre des pulsations et nous sommes toujours arrivés au même nombre. Cependant la femme expulsa deux fœtus.

Si les pulsations des deux cœurs peuvent se confondre, il

(1) Voir pour plus de détails : *Traité du palper abdominal*, p. 129 et suivantes.

n'en est pas de même des parties fœtales. Les fœtus ne peuvent ni se confondre ni se superposer, comme on l'a dit, de façon à faire croire à l'unité.

Le diagnostic de la grossesse gémellaire est assez facile pendant la grossesse pour que je puisse dire : si le diagnostic n'a pas été fait, c'est que la femme a été mal examinée.

Mais il est bien entendu que je ne parle ici que des grossesses multiples normales. Lorsque, ce qui n'est pas rare, ces grossesses se compliquent d'hydropisie de l'amnios, le diagnostic devient plus difficile, et quelquefois même impossible (1).

Hormis ce cas, je le répète, le palper permet de percevoir les multiples pôles fœtaux et il permet, non seulement de reconnaître l'existence des fœtus, mais encore leur attitude. Il permet aussi dans certains cas, par la différence de tension des régions utérines, de faire le diagnostic d'hydropisie de l'amnios de l'un des œufs. Enfin, pour démontrer la supériorité du palper, au point de vue de la recherche du contenu de l'utérus, je dirai que j'ai pu affirmer, devant mes élèves, la grossesse triple, dans les deux seuls cas que j'aie encore rencontrés, et que chez une autre femme, malgré le développement énorme du ventre et la présence d'un fibrome au niveau du fond de l'utérus, j'ai nié la grossesse triple et affirmé la grossesse double, ce qui fut démontré exact par la suite.

§ 3. — Grossesses pathologiques.

J'entends par grossesse pathologique, au point de vue qui nous occupe, toute grossesse pendant laquelle une des parties constituantes de l'œuf : fœtus, liquide amniotique ou placenta, présente un développement anormal. Et je fais rentrer dans ce cadre :

1° L'hydrocéphalie ;

2° L'hydropisie de l'amnios ;

3° La dégénérescence kystique des villosités choriales ou môle hydatiforme.

---

(1) Voir pièces justificatives, n° 3, p. 343.

HYDROCÉPHALIE. — Bien que l'hydrocéphalie soit une affection rare, il est bon de savoir que le palper peut rendre les plus grands services, en permettant de reconnaître ce vice de conformation pendant la grossesse et pendant le travail, *quelle que soit la présentation.*

En présence de la fréquence de la rupture de l'utérus qui se produit pendant le travail, dans les cas d'hydrocéphalie, on comprend l'importance et la nécessité d'un diagnostic précoce.

Ce diagnostic et ce diagnostic précoce, l'emploi du palper peut seul le permettre.

Si les observations publiées jusque dans ces derniers temps démontrent que le diagnostic de l'hydrocéphalie n'a pas été fait dans la plupart des cas, ou a été fait tardivement, cela tient à ce que le palper était peu connu, et surtout peu pratiqué. Aujourd'hui, je le répète, le palper, systématiquement et méthodiquement appliqué chez toutes les femmes enceintes permettra facilement de faire le diagnostic dans tous les cas, quelle que soit la présentation. Je suis certain que le professeur A. Herrgott ne dirait plus comme en 1878 : « Les symptômes qui nous permettent de reconnaître l'existence de l'hydrocéphalie, alors que le fœtus est encore contenu dans la cavité utérine, sont si peu nets et si peu précis que bien souvent le diagnostic de la maladie qui nous occupe ne se fait qu'alors que le travail est avancé ou terminé et que le fœtus est extrait plus ou moins lésé hors des voies génitales de la mère (1). »

Dès 1868, M. Tarnier avait fait à la Maternité le diagnostic d'hydrocéphalie pendant la grossesse, dans un cas où la tête était en bas. Depuis, il fit plusieurs fois de semblables diagnostics. Je puis dire que dans tous les cas d'hydrocéphalie observés dans mon service, soit à la Maternité de Lariboisière, soit à la clinique Baudelocque, j'ai affirmé le diagnostic pendant la grossesse, et cela aussi bien dans la présentation du siège que dans la présentation du sommet. (Voir pièces justificatives, n° 4, p. 353.)

(1) AL. HERRGOTT. *Maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement.* Thèse d'agrégation.

Hydropisie de l'amnios. — Lorsque le liquide amniotique existe en quantité assez considérable pour qu'on puisse affirmer l'existence de l'hydropisie de l'amnios, le palper fournit encore des renseignements précieux. C'est lui, et lui seul, qui permet de formuler le diagnostic affirmatif et de faire le diagnostic différentiel avec le gros œuf ou la grossesse multiple. Le volume de l'utérus, la tension constante de ses parois, la mobilité du fœtus, ne sont bien appréciés que par ce mode d'investigation.

Si j'ai toujours pu faire le diagnostic de grossesse avec hydropisie de l'amnios, dans les cas de fœtus unique, je dois avouer que dans deux cas de grossesse gémellaire, l'une avec hydropisie considérable d'un œuf, l'autre avec une hydropisie des deux œufs, le diagnostic me fut impossible (1).

Grossesse dégénérée. Dégénérescence kystique des villosités choriales. Môle hydatiforme. — J'ai pu pratiquer le palper dans 13 cas de grossesse vésiculaire dont l'âge variait de 3 à 6 mois.

Le palper me permit de constater, dans onze de ces cas, un défaut de rapport, entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse ; deux fois, il y avait parallélisme ; sept fois, le volume de l'utérus dépassait considérablement le volume qu'il aurait dû présenter dans la grossesse normale ; quatre fois, le volume était notablement plus petit.

Dans tous les cas, je pus percevoir des contractions.

Chez trois femmes la tension de la paroi utérine était constante. Chez les autres, la tension était normale. Je n'ai jamais perçu la flaccidité qu'offre la paroi utérine dans les cas de fœtus mort.

Je n'ai jamais pu constater les petites saillies arrondies, les bosselures profondes ou superficielles constituées par les vésicules intra-utérines, intra-pariétales, ou extra-utérines signalées par quelques accoucheurs.

En résumé, dans les cas de môle hydatiforme, le palper permet de reconnaître souvent un défaut de parallélisme entre le

(1) Voir pièces justificatives, n° 5, p. 355.

développement de l'utérus et l'âge de la grossesse et l'absence du ballottement fœtal à une époque où il devrait exister.

§ 4. — Grossesse compliquée.

La grossesse peut être utérine normale, mais compliquée par un rétrécissement du bassin. Dans ce cas, l'exploration externe prend le nom particulier de palper mensurateur.

Du palper mensurateur. — Si nos traités classiques nous enseignent, avec raison, que la pelvimétrie digitale fournit, dans la pluralité des cas de rétrécissements du bassin, des renseignements à peu près exacts sur les dimensions *du diamètre promonto-pubien minimum ou diamètre utile*, ils ne nous renseignent guère sur les procédés à employer pour reconnaître le volume de la tête fœtale pendant la grossesse.

Un nouveau chapitre devra exister dans tous les traités futurs : celui qui concerne le *palper mensurateur*.

Bien que la rénovation de l'agrandissement momentané du bassin soit venue modifier les indications opératoires, dans les rétrécissements du bassin, le palper mensurateur n'a pas perdu de sa valeur.

Appliqué méthodiquement (1), il peut, dans les derniers mois de la grossesse, fournir des éléments d'appréciation sérieux sur les rapports de proportion existant entre le volume de la tête fœtale et l'aire du détroit supérieur.

Tumeurs abdominales. — La grossesse peut survenir chez une femme ayant des fibromes de l'utérus ou une autre tumeur abdominale, telle qu'un kyste de l'ovaire. Il faut reconnaître même qu'assez souvent, c'est le mouvement ascensionnel de l'utérus qui rend perceptible la tumeur, tumeur qui n'est, souvent aussi, accessible que par le palper. Dans ces cas, que nous ne pouvons ici examiner en détail, le palper, systématiquement et méthodiquement employé, fournit les renseignements les plus importants.

---

(1) Voir : *Traité du palper abdominal*, p. 203 et suivantes et fig. 26 et 27, pour le manuel opératoire.

C'est lui qui, d'après le volume et les rapports de l'utérus et des tumeurs, donne les indications les plus rationnelles au point de vue de la marche de la grossesse et du pronostic de l'accouchement, et apporte, en un mot, les éléments sur lesquels on devra s'appuyer pour discuter les indications d'une intervention, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail.

§ 5. — Grossesse extra-utérine.

Le palper appliqué au diagnostic de la grossesse extra-utérine a une valeur telle qu'il m'est arrivé plusieurs fois de faire le diagnostic de grossesse ectopique à l'aide de ce seul moyen d'investigation.

On peut être appelé à faire le diagnostic de grossesse extra-utérine à trois époques bien différentes : 1° Pendant la période qui s'étend depuis le début de la grossesse jusqu'au moment où l'on peut percevoir un ou plusieurs signes de certitude, c'est-à-dire pendant les quatre à cinq premiers mois. — 2° Pendant la période qui s'étend entre le moment où l'on constate des signes certains de grossesse jusqu'à la mort du fœtus. — 3° Pendant la période de rétention du fœtus mort.

— Pendant la *première période*, et dès le début, la méthode de Puzos, c'est-à-dire le palper combiné au toucher, conduit facilement à faire un diagnostic probable. La perception de deux tumeurs dans le bassin constatée chez une femme dont les règles ont manqué, doit toujours faire penser à la possibilité de l'existence de la grossesse ectopique. J'ai pu poser ainsi le diagnostic dans nombre de cas, pendant le deuxième mois.

Le palper permet de constater dans la suite, par des examens répétés, l'utérus déjà hypertrophié pouvant se contracter sous la main, et à côté une tumeur dont le développement est plus rapide.

Pendant la *deuxième période*, le palper permet de reconnaître, le plus souvent, la présence de deux tumeurs : l'une volumineuse, immobile, — j'insiste sur la fixité du kyste fœtal dans la profondeur pouvant être opposée à la mobilité de

l'utérus — et dans laquelle a été perçu un ou plusieurs signes de certitude, — occupant rarement la ligne médiane; l'autre qu'il faut chercher en avant, presque toujours, en rapport avec un point des branches horizontales du pubis et se contractant assez souvent. Les nombreuses observations que j'ai publiées démontrent combien a été fréquemment constatée la contraction de l'utérus (1). Le kyste fœtal peut, exceptionnellement, se contracter (2). Je n'ai jamais été frappé par la superficialité des parties fœtales.

Les parois du kyste fœtal m'ont toujours paru constamment tendues pendant la vie du fœtus. Cette tension ne m'a jamais empêché de faire le diagnostic de l'attitude du fœtus dans le kyste fœtal.

J'ai pu faire toutes ces constatations, même chez une femme qui avait de l'œdème de la paroi abdominale et de l'ascite.

L'appréciation du volume du kyste fœtal peut permettre, à défaut d'autres renseignements, de poser une indication concernant l'intervention opératoire. C'est ainsi que, dans un cas, j'ai pu, en m'appuyant sur le développement acquis du kyste fœtal, juger de la viabilité du fœtus, et intervenir assez à propos pour extraire un enfant vivant et qui a vécu (3).

Pendant *la troisième période*, avec la constatation de deux tumeurs : utérus et kyste fœtal, le palper permet encore assez souvent de sentir et de reconnaître, dans ce dernier, les parties fœtales. Dans un cas que j'ai observé à la Clinique d'accouchement en 1875, j'ai pu, pendant six semaines après la mort du fœtus, percevoir les mouvements passifs, c'est-à-dire le ballottement. Dans un autre cas, dont j'ai lu l'observation à l'Académie de médecine en 1884, j'ai pu percevoir la crépitation des os du crâne, avec la plus grande netteté, deux mois après la mort du fœtus.

C'est dans ce cas que, pour la première fois je fis cette cons-

(1) (2) (3) Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine (*Annales de Gynécologie*, 1889), obs. V. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 6 août 1895, et *Annales de Gynécologie*, 1895.

tatation, rencontrée depuis à plusieurs reprises, à savoir que le kyste fœtal peut se développer un mois, six semaines, deux mois après la mort du fœtus, par suite de l'augmentation du liquide amniotique. Cette variété d'hydropisie amniotique m'a paru coïncider avec le retour des règles (1). On peut percevoir encore, en appliquant la main sur la paroi abdominale, un frémissement, un thrill quelquefois extrêmement accusé (2), comme on en peut observer, du reste, dans la grossesse utérine.

Ce frémissement cesse avec la circulation placentaire et cette cessation peut encore servir d'indication pour l'intervention opératoire.

Enfin il arrive un moment où la transformation du kyste fœtal — contenant et contenu — rend impossible toute perception des parties fœtales. On rentre alors dans les conditions observées pendant la première moitié de la grossesse.

II. — Du palper abdominal pendant le travail de l'accouchement.

J'établis en fait que chez une femme en travail le palper abdominal est plus difficile à pratiquer et donne généralement moins de renseignements que pendant la grossesse.

Cela tient à l'apparition des contractions utérines douloureuses qui rendent l'application de ce procédé d'exploration toujours précaire et quelquefois impossible quand elles sont subintrantes.

Le diagnostic des présentations et positions est le plus souvent possible, je le reconnais, bien que les parties fœtales se perçoivent moins bien, souvent aussi, en raison de la rupture des membranes et de l'écoulement plus ou moins complet du liquide amniotique.

Malgré ces difficultés, j'admets qu'avec un peu d'habileté et de patience on puisse faire le diagnostic de toutes les présentations, de même reconnaître des faits anormaux comme en particulier l'hydrocéphalie. Mais l'exploration externe peut-elle renseigner sur la marche du travail, comme l'a avancé Hohl, et

(1, 2) *Ibid.*

doit-elle être substituée à l'exploration interne, comme le recommandent quelques-uns de nos éminents collègues et en particulier Léopold, Ahlfeld, Hegar et Werth?

Je ne le pense pas. Je crois même que cette pratique serait fatale à nombre d'enfants.

Je sais que cette manière de faire est recommandée dans l'intérêt de la mère et pour éviter l'infection inoculée par l'exploration interne. Mais en raison de l'insuffisance du palper pour nous renseigner sur ce qui se passe dans le bassin d'une part, et d'autre part des garanties que nous donne une antisepsie absolue des doigts, j'estime que l'exploration interne pratiquée dans ces conditions est absolument nécessaire chez une femme en travail et que son abandon peut être une source de dangers pour l'enfant et même pour la mère.

En effet, quel est donc l'accoucheur qui pourra affirmer par le palper qu'il y a procidence du cordon? Est-ce que ce n'est pas le toucher seul qui quelquefois nous fait reconnaître avec surprise une tumeur du bassin ? Est-ce que ce n'est pas lui qui seul nous renseigne sur le moment où il est indiqué de rompre les membranes, etc.

Je suis, je puis le dire sans crainte d'être démenti, aussi partisan que qui que ce soit du palper abdominal, et c'est pour cette raison que je ne veux pas le compromettre en lui demandant ce qu'il ne peut nous donner.

Antisepsie et exploration interne pratiquées judicieusement donneront de meilleurs résultats que l'exploration externe appliquée systématiquement seule pendant l'accouchement.

Pour changer d'opinion, j'attends que les statistiques viennent me démontrer que j'ai tort.

III. — Du palper abdominal pendant la délivrance.

Il est inutile d'insister aujourd'hui sur la nécessité de suivre, pendant la période de délivrance, les variations de forme, de consistance, de volume et de situation de l'utérus, par l'exploration externe.

Je n'ai rien à dire sur ce sujet qui ne soit connu et admis par tous.

IV. — **Du palper abdominal pendant les suites de couches.**

Pendant les suites de couches, c'est l'exploration externe qui est et doit être journellement appliquée.

C'est elle qui renseigne sur l'état de la vessie et la marche de l'évolution utérine et qui doit être exclusivement employée dans tous les cas pathologiques.

Dans les cas physiologiques, je pense que l'exploration interne est rarement indiquée. Immédiatement après l'accouchement et la délivrance, les symptômes du thrombus peuvent seuls autoriser cette exploration.

Conclusions.

1° L'exploration externe, appelée encore *attouchement*, *toucher abdominal*, *palpation externe*, et plus communément aujourd'hui, *palper abdominal*, constitue pour l'art obstétrical l'un des plus puissants moyens d'investigation.

2° Ce mode d'exploration, connu depuis un temps immémorial, n'a commencé à être employé fructueusement, que depuis le commencement de ce siècle ; mais c'est seulement dans la seconde moitié, et surtout depuis ces vingt dernières années, que son étude s'est complétée et que son application méthodique a permis d'obtenir les résultats exposés plus haut, et qui autorisent à proclamer *la nécessité de son emploi chez toute femme enceinte*.

3° Facile à enseigner et à apprendre, facile à pratiquer, le palper abdominal est le flambeau qui éclaire le mieux dans le diagnostic de la grossesse normale ou compliquée, simple ou multiple, utérine ou ectopique.

4° Certains diagnostics : grossesse triple, hydrocéphalie, etc., n'ont pu être posés d'une façon affirmative que depuis son application méthodique.

5° *Pendant la grossesse*, il détermine dans nombre de cas les indications opératoires prophylactiques et curatives.

6° *Pendant le travail*, bien que donnant encore des résultats

précieux, son importance le cède à celle de l'exploration interne : toucher vaginal, digital ou manuel.

7° *Pendant la délivrance*, sa puissance reparaît et est égale à celle de l'exploration interne, mais à des moments différents.

8° *Pendant les suites de couches*, il doit seul renseigner dans les cas physiologiques, et l'on ne doit y joindre l'exploration interne que dans certains cas pathologiques.

Pièces justificatives n° 1.

Citations de différents auteurs concernant la situation et la hauteur de l'utérus par rapport à la paroi abdominale aux différentes périodes de la grossesse.

« Pour connaître une grossesse par le toucher, il faut qu'elle soit « du terme de trois mois ou environ, ou du moins de 2 mois et demi ; « dans cet espace de temps, la matrice peut avoir pris un volume « suffisant pour la sentir du côté du ventre, et pour la distinguer des « parties qui l'environnent. Il n'est guère possible de toucher le corps « de la matrice quand la femme n'est point enceinte ; cette partie, logée « dans le bassin et cachée par le pubis, qu'elle ne déborde d'aucun « côté, n'est point alors palpable ; mais elle augmente du double, même « du triple, au terme de 3 mois ; elle commence à sortir du bassin ; « elle s'élève du côté du ventre, et communément elle déborde le « pubis de 3 travers de doigt. Il est donc possible de la toucher en « appliquant une main sur le ventre de la femme grosse, et en intro- « duisant dans le vagin un ou plusieurs doigts de l'autre main.

(*Traité des accouchements* de Puzos. Paris, 1759, p. 56 et 57.)

« Vers le cinquième ou le sixième mois, la partie supérieure de la « matrice est si distendue, qu'elle s'élève de 3 ou 4 pouces au-dessus de « l'os pubis, ou jusqu'à l'espace mitoyenne entre les os pubis et le « nombril... Au septième mois, son fond s'élève jusqu'au nombril. »

(*Traité de la théorie et pratique des accouchements de* Smellie. Traduit de l'anglais par de Préville. Paris, 1754, p. 189 et 190.)

« Jusqu'au troisième mois, la matrice reste assez petite chez la « plupart des femmes pour être contenue dans la cavité du bassin ; et « ce n'est généralement qu'à l'époque du quatrième que son fond dé-

« borde le détroit supérieur, au point de se faire sentir mani-
« festement à la main qui palpe la région hypogastrique. Dans le
« cinquième mois, il monte jusqu'à 2 doigts de l'ombilic, qu'il sur-
« passe d'autant à la fin du sixième. Au septième, le fond de la matrice
« entre dans la région épigastrique et il en occupe une bonne partie
« au huitième ; mais souvent il se trouve au-dessous à la fin du neu-
« vième mois. »

(*L'Art des accouchements*, de BAUDELOCQUE. Paris, 1796, 3e édition, t. I, p. 100.)

« A *3 mois*, le fond de l'utérus commence à proéminer dans l'hypo-
« gastre, il dépasse la marge du bassin... ; à 4 *mois*, le fond dépasse
« la symphyse des pubis de 4 travers de doigt... ; à 5 *mois*, le fond de
« l'utérus se trouve à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic... ;
« à *6 mois*, le fond de l'utérus se trouve à la hauteur de l'ombilic. »

(*Traité pratique des accouchements*, de F.-J. Moreau. Paris, 1841, t. I, p. 529, 530 et 531.)

« Dans le cours du *quatrième mois*, le fond de la matrice se fait sen-
tir au-dessus du pubis, qu'il dépasse de plusieurs travers de doigt à
« la fin de cette période ; à 5 *mois*, il est à 1 ou 2 pouces de l'ombilic ;
« à *6 mois*, un peu au-dessus... »

(*Manuel des accouchements, des maladies des femmes grosses et accouchées*, de J. JACQUEMIER. Paris, 1846, t. I, p. 227.)

« A la fin du troisième mois, l'organe est devenu progressivement
« assez volumineux pour remplir à peu près l'excavation du bassin ;
« son diamètre vertical mesure environ 11 centimètres, abstraction faite
« du col... A 6 mois accomplis, la matrice a généralement de 21 à
« 22 centimètres dans son diamètre vertical... »

(*Traité complet de l'art des accouchements*, de P. DUBOIS. Paris, 1849, t. I, p. 376.)

« A la *fin du troisième mois*, l'utérus atteint le détroit supérieur qu'il
« dépasse de 3 à 4 travers de doigt *à la fin du quatrième. — A cinq*
« *mois*, on le sent à 1 travers de doigt de l'ombilic qu'il dépasse de
« 14 millimètres (un demi-pouce) à *6 mois*. — A 7 *mois*, il est à 3 tra-
« vers de doigt au-dessus de cet anneau... »

(*Traité pratique de l'art des accouchements*, par HYERNAUX. 2e édition, Bruxelles, 1866, p. 44 et 90.)

« ... et ce n'est qu'à partir du troisième mois que, se trouvant à
« l'étroit dans le canal pelvien, il s'élève dans le grand bassin et dans
« l'abdomen. Cette ascension est assez régulière et l'utérus monte envi-
« ron de 5 centimètres par mois, de sorte que vers la fin du sixième mois
« son fond est à la hauteur de l'ombilic. »... P. 43 *et ailleurs : troisième*
« *et quatrième mois* : Fond de l'utérus à 3-7 centimètres au-dessus des
« pubis ; — *cinquième et sixième mois* : tumeur hypogastrique... dont
« le fond s'élève progressivement de 8 centimètres au-dessous jus-
« qu'au niveau de l'ombilic. » P. 98.

(*Cours d'accouchements*, par L.-J. HUBERT (de Louvain). Louvain, 1869, t. I, p. 43 et 98.)

« En cherchant à constater quelle est l'élévation graduelle du fond
« de l'organe, on voit *qu'à 4 mois* il s'élève à peu près à 2 ou 3 travers
« de doigt au-dessus du pubis ; *à 5 mois*, il est à 1 travers de doigt
« de l'ombilic ; du *5e au 6e mois*, il gagne et dépasse la dépression
« ombilicale, de sorte *qu'à 6 mois* il est à un demi-pouce au-dessus de
« cet anneau. »

(*Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, par P. CAZEAUX. 8e édition, revue et annotée par S. TARNIER. Paris, 1870, p. 97 et 98.)

« Vers le milieu du 3e mois ou le commencement du 4e, le fond de
« l'utérus s'élève au-dessus du détroit supérieur... Vers la fin du
« 4e mois, l'utérus est à peu près à trois travers de doigt au-dessus de
« la symphyse du pubis. Vers la fin du 5e, il remplit la région hypo-
« gastrique où il fait une saillie marquée parfaitement visible à l'œil.
« Au 6e, il est à l'ombilic ou un peu au-dessus. »

(*Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, de W.-S. PLAYFAIR traduit de l'anglais par le Dr VERMEIL. Paris, 1879, p. 145 et 146.)

« *Au 4e mois*, le fond de l'utérus peut être senti comme une boule
« assez dure au-dessus du pubis, si les parois abdominales ne sont
« pas trop épaisses ou trop tendues. Au 5e mois, on sent le fond de
« l'utérus dans le milieu de l'espace qui sépare le pubis de l'ombilic ;
« *au 6e mois*, vers la 24e semaine, il est à l'ombilic dont il repousse la
« fossette en dehors. »

(*Traité pratique de l'art des accouchements*, par les professeurs H.-F. NAEGELÉ et W.-L. GRENSER. 2e édition française, traduite par G.-A. AUBENAS. Paris, 1880, p. 96 et 97.)

« Ordinairement à la *fin du 3e mois*, l'utérus... dépasse la sym-
« physe pubienne d'un travers de doigt environ... On admet généra-
« lement *qu'à 4 mois* le fond est situé à peu près à 2 ou 3 travers
« de doigt au-dessus du pubis ; *à 5 mois*, à un travers de doigt au-
« dessous de l'ombilic ; *à 6 mois*, à un travers de doigt au-dessus. »

(*Traité de l'art des accouchements*, de Tarnier et Chantreuil. Paris, 1888 t. I, p. 185 et 186.)

Pièces justificatives n° 2 (1).

Le 1er mai 1878, la nommée Catherine B..., âgée de 33 ans, me fut amenée par une sage-femme qui nous fournissait des femmes enceintes pour les faire examiner par les élèves, au cours particulier que je faisais, rue Monsieur-le-Prince, avec le Dr Budin.

Cette femme me raconta que, se croyant enceinte et à terme, elle s'était présentée, dans la journée, à la Maternité, mais que là, examinée par la sage-femme en chef, cette dernière lui avait déclaré, à son grand étonnement, qu'elle n'était pas enceinte, et avait conséquemment refusé de la recevoir. Je l'examinai alors. En l'interrogeant, j'appris que cette femme avait déjà eu deux grossesses s'étant terminées par deux accouchements spontanés et à terme. Les deux enfants sont vivants ; le dernier a 3 ans et demi. Elle a été bien réglée depuis cette époque, et les règles se sont montrées pour la dernière fois le 1er août 1877. Des circonstances particulières lui font croire que sa grossesse date du 7 août. A partir de ce moment, malaises, nausées, etc. Elle affirme avoir senti les mouvements de son enfant vers le milieu du mois de janvier 1878, puis, dit-elle, les mouvements disparurent en même temps que les seins se gonflèrent. Depuis cette époque elle dit sentir quelque chose se déplacer, quand, étant dans son lit, elle tourne d'un côté ou de l'autre. Bien que son ventre n'ait pas continué à augmenter, elle se croit à terme, d'après la dernière apparition des règles. Le ventre paraît développé comme il l'est généralement chez une femme enceinte de 5 mois. Les seins contiennent du colostrum.

En la palpant, je constate que sa paroi abdominale est peu épaisse,

(1) In *Traité du palper abdominal*, 2e édition, 1889, p. 129.

mais je ne puis tout d'abord délimiter l'utérus. La percussion me fait percevoir de la matité dans la région hypogastrique, depuis la symphyse jusqu'à plusieurs centimètres au-dessus de l'ombilic.

Je pratiquai le cathétérisme. La vessie étant vidée, la percussion me donna les mêmes résultats. La palpation, pratiquée avec le plus grand soin, ne me permit de reconnaître ni paroi utérine, ni parties fœtales. Je trouvais simplement de la résistance, de l'empâtement que je ne pouvais limiter.

L'auscultation ne donna que des résultats négatifs. Le toucher permit de reconnaître que le col était long, entr'ouvert et résistant. Combinant le palper avec le toucher, je ne constatai rien de net. En appuyant sur la paroi abdominale, je sentais bien le col descendre légèrement, mais je ne pouvais discerner si ce mouvement était communiqué directement ou indirectement. Je cherchai en vain le fond de l'utérus.

Je commençai alors à pratique le palper, et à un moment je sentis naître sous la main, et vis apparaître une tumeur ovoïde, régulière, remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Connaissant alors les limites de l'utérus, je pus percevoir, après la contraction, un ballottement, difficilement appréciable, il est vrai.

Je fis alors le diagnostic de fœtus mort depuis longtemps. Et, à plusieurs reprises, les élèves purent constater de nouvelles contractions utérines, le ballottement rudimentaire, et faire, comme moi, le diagnostic.

Mais, en dehors des contractions, la paroi utérine semblait disparaître complètement.

Trouvant ce cas extrêmement intéressant, je fis prévenir mon collaborateur Budin et mon ami A. Herrgott qui vinrent de suite, et firent les mêmes constatations que moi.

Cette femme fut renvoyée à la Maternité, où M. Tarnier voulut bien l'accepter.

Le lendemain, M. Tarnier l'examina, et, comme pendant son examen aucune contraction n'apparut, malgré les renseignements fournis par la femme, et bien que je lui eusse rendu compte de ce que j'avais obtenu et constaté la veille, il n'admit pas mon diagnostic. Déprimant la paroi abdominale, de façon à atteindre l'angle sous-vertébral, puis pratiquant le toucher et ne trouvant aucune résistance entre les deux mains, il disait : « Vous voyez bien qu'il n'y a pas d'utérus développé? » Sûr de ce que j'avais constaté la veille, je maintins mon diagnostic. Ce

soir même, mon ami le Dr Champetier de Ribes, alors interne à la Maternité, pouvait, en examinant longuement cette femme, observer des contractions utérines, et il se rallia à mon diagnostic.

Le 3 mai, à 1 heure du matin, les contractions devinrent plus fréquentes et plus douloureuses ; à 3 heures, écoulement de liquide noir verdâtre, sans fétidité, et à 8 heures du matin, cette femme expulsait un fœtus momifié, mesurant 33 centimètres de largeur et pesant 640 grammes.

Voilà une observation qui prouve de la façon la plus nette que le diagnostic est quelquefois extrêmement difficile, sinon impossible, même lorsque le fœtus est mort dans la seconde moitié de la grossesse.

Pièces justificatives n° 2.

Grossesse triple (1). *Diagnostic fait à l'aide du palper du cinquième au sixième mois et sept semaines avant l'accouchement.*

La nommée F... entre à la clinique d'accouchement vers la mi-septembre, M. Guéniot suppléant alors M. Depaul.

Cette femme se décida à entrer à l'hôpital, d'après les conseils de M. Guéniot et bien qu'elle ne fût enceinte que de cinq mois environ, car elle présentait des varices énormes à la partie antéro-supérieure de la cuisse gauche.

Ces varices étaient enflammées et la faisaient beaucoup souffrir. L'attention ne se porta, les premiers jours de son entrée, que sur cette phlébite qui, du reste, guérit parfaitement.

Mais un peu plus tard, on l'examina attentivement au point de vue de la grossesse ; on reconnut que le volume du ventre était exagéré relativement à l'âge de la grossesse.

En l'interrogeant, cette femme m'apprit que son mari était un jumeau, que sa grand'mère à elle était accouchée à 42 ans de deux enfants ; que, de plus, sa sœur avait eu également une grossesse gémellaire.

Le palper fut alors pratiqué avec le plus grand soin ; je reconnus d'abord une tête petite tendant à s'engager dans l'excavation ; une

---

(1) *Traité du palper abdominal*, 2e édition, 1889, p. 189.

autre tête fut ensuite nettement perçue en haut; on trouvait deux plans résistants, l'un en bas et à gauche, l'autre en haut et à droite, et des petites parties partout.

L'auscultation répétée un grand nombre de fois ne révéla jamais qu'un maximum à gauche et en bas, un autre en haut et à droite.

Le toucher démontrait qu'une petite tête commençait à s'engager.

Quelques jours après mon premier examen, je pus, par le palper, reconnaître trois têtes d'une façon assez nette pour annoncer la présence de trois enfants.

Une était dans l'excavation, la seconde dans la fosse iliaque droite, la troisième en haut, à peu près sur la ligne médiane, mais extrêmement mobile.

Il me fut toujours impossible de trouver trois foyers d'auscultation.

Depuis ce moment, je retrouvais à chaque examen les trois têtes qui furent aussi reconnues par quelques élèves.

Cette femme dont les dernières règles étaient apparues du 15 au 20 avril, accoucha le 1er décembre de trois garçons, qui tous les trois se présentèrent par le sommet.

Mon collègue et ami Ribemont-Dessaignes, professeur agrégé, accoucheur à la Maternité de Beaujon, a depuis également fait le diagnostic d'une grossesse triple pendant la grossesse. Il a bien voulu me communiquer son observation que je suis heureux de publier ici.

Grossesse trigémellaire (1). *Diagnostic fait à l'aide du palper abdominal*, par A. Ribemont-Dessaignes, chef de clinique d'accouchement.

Le 6 juin 1882, la nommée P..., veuve S..., se fait admettre à la clinique d'accouchements. Cette femme est âgée de 33 ans. Elle a déjà accouché 4 fois, et a mis au monde, à terme, trois filles et un garçon. La menstruation, établie à 18 ans, se fait régulièrement. La dernière apparition des règles s'est produite dans les premiers jours de septembre 1881. Elle est donc arrivée à terme. Les 4 premiers mois de la grossesse n'ont rien présenté de particulier. Mais à partir du

(1) *Traité du palper abdominal*, 2e édition, 1889, p. 191.

cinquième l'utérus a rapidement pris un volume exagéré, de telle sorte qu'au sixième mois il avait acquis le volume d'un utérus arrivé à terme.

Lorsque je l'examine, je suis frappé de l'excessif volume de l'utérus et l'idée d'une grossesse multiple se présente immédiatement à mon esprit. La femme P... me dit ne pas sentir remuer en plusieurs points.

Le palper est très difficile à pratiquer à cause de la tension considérable des parois abdominales et utérines.

Plusieurs examens faits méthodiquement me permettent cependant de préciser nettement une sensation de ballottement bien caractérisé un peu au-dessus de la fosse iliaque gauche.

Une seconde partie fœtale est découverte au-dessus de l'aire du détroit supérieur. Elle présente les caractères de la tête, ainsi qu'on peut s'en assurer en palpant et en combinant le palper et le toucher. Cette partie ballotte très bien aussi et l'on peut faire ballotter successivement ou simultanément les deux parties fœtales sans que les mouvements de l'une soient communiqués à l'autre. Je conclus immédiatement qu'il y a au moins une grossesse gémellaire. J'admets aussi l'existence d'une hydropisie de l'amnios considérable.

A plusieurs reprises, le même examen me donne des résultats identiques.

Le 9 juin, je trouve, en palpant la femme P..., un troisième centre de ballottement très éloigné des deux autres, puisqu'il est au-dessous et un peu à droite de l'appendice xiphoïde. Je m'assure immédiatement que les deux autres centres de ballottement existent toujours et que le développement provoqué de chacune des régions fœtales découvertes n'est pas communiqué aux deux autres.

Ce troisième centre de ballottement ne put être retrouvé qu'une autre fois.

Bien que l'auscultation soit négative au point de vue de l'existence de plusieurs foyers d'auscultation, je n'en crois pas moins à l'existence d'une grossesse triple.

Le toucher apprend que l'excavation est vide; l'extrémité du doigt arrive difficilement sur la partie fœtale située au-dessus de l'aire du détroit supérieur.

Mon diagnostic n'est pas accepté, je dois le dire, par M. le professeur Depaul, qui cherche en vain, pour s'y rallier, plusieurs foyers d'auscultation.

Le 14 juin, à 5 heures du soir, la femme P... entre en travail. Elle est conduite, à une heure du matin, le 15, à la salle d'accouchement. Au moment où j'arrive à la clinique le matin, M. Depaul aide à l'extraction par les pieds d'un enfant. Il m'apprend qu'il vient de rompre les membranes, et qu'une masse énorme de liquide s'est écoulée.

L'enfant est petit, et le ventre encore volumineux.

Après la sortie de ce premier enfant, qui pèse 1,660 grammes et qui est un garçon, M. Depaul introduit la main dans le vagin, rompt une seconde poche d'eaux et saisit un pied ; c'est celui d'une petite fille pesant 1,350 grammes. Je me hâte de placer une main sur le fond de l'utérus que je sens encore volumineux et contenant encore un fœtus. L'œuf de ce troisième fœtus n'est pas hydropique. A 8 heures et demie M. Depaul rompt les membranes et extrait par les pieds un autre garçon pesant 1,520 grammes.

Les dimensions de chacun de ces enfants sont les suivantes :

		1er GARÇON centim.	FILLE centim.	2e GARÇON centim.
Longueur totale		40	38	40
»	du sommet à l'ombilic..	22	20	22
»	de l'ombilic aux talons..	18	18	18
Diamètre de la tête.	O.-M.	11	11	11
	O.-F.	9 1/2	10	10
	Ss-O.-Br.	9	8 1/2	9
	Bi-P.	8 1/2	8	8 1/2

Le placenta forme une masse unique qui pèse 1,250 grammes.

Trois quarts d'heure après leur naissance, les trois enfants succombent.

La mère meurt elle-même, quelques jours après, emportée par une péritonite.

Grossesse triple diagnostiquée par le palper quinze jours avant l'accouchement. Mort subite au début du travail. Extraction de trois fœtus vivants (1).

La nommée Alexandrine D..., femme D..., âgé de 38 ans, couturière, entre le 27 octobre 1888, à la maternité de Lariboisière, salle Mauriceau, no 2.

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1889, 1er semestre, t. XXXI, p. 21.

Cette femme, ayant toutes les apparences d'une constitution normale et d'une bonne santé habituelle, ne présente aucun fait intéressant à relever dans ses antécédents héréditaires. Née à terme, régulièrement réglée, elle n'a jamais fait de maladie grave, et ne présente aucun signe de diathèse quelconque. Sa taille mesure 1 m. 62. Elle a eu 5 grossesses antérieures, normales, terminées par des accouchements spontanés, à terme et par le sommet. Quatre enfants sont vivants et bien portants à l'heure actuelle.

Sixième grossesse (grossesse actuelle) : Les dernières règles ont eu lieu dans le courant du mois de février 1888 ; jusqu'à l'époque de son entrée à la maternité, tout s'est passé normalement. Cette femme a pu continuer à se livrer à ses occupations. Elle accusait néanmoins, de temps à autre, des accès de dyspnée assez pénibles, mais toujours très passagers.

Dans la journée du 27 octobre, elle ressentit quelques douleurs ; et pensant qu'elle était sur le point d'accoucher, elle vint à la maternité de Lariboisière où elle fut admise à 9 heures du soir.

A son entrée, on constata que cette femme, grande, amaigrie, paraissant normalement constituée, sans traces de rachitisme, présentait tous les signes d'une grossesse datant de 8 mois environ.

La santé générale paraissait satisfaisante ; l'examen du cœur, des poumons, des différents viscères fut négatif.

Ce qui attirait l'attention, c'était le développement du ventre. L'utérus paraissait beaucoup plus volumineux qu'il ne l'est à cette époque de la grossesse dans la grossesse simple. Son fond remontait à 10 centim. 5 environ au-dessus de l'ombilic, et il disparaissait de chaque côté sous les fausses côtes. Il existait un très léger degré d'œdème sus-pubien, et un peu d'œdème péri-malléolaire. Varices peu développées au niveau des membres inférieurs.

Au palper, la tension de l'utérus n'était pas exagérée ; ses parois assez minces rendaient l'examen facile. On trouvait très nettement trois pôles fœtaux indéniables ; l'un ballottait au fond de l'utérus et à droite, disparaissant sous le rebord costal droit ; un deuxième ballottait à gauche ; enfin, on en retrouvait un troisième très net, ayant tous les caractères du pôle céphalique, ballottant au-dessus de la symphyse pubienne, à peu près sur la ligne médiane ; l'auscultation permettait de constater l'existence de 2 maxima ; l'un à gauche entre l'épine iliaque et l'ombilic ; le deuxième en haut et à droite, au-dessus de l'ombilic.

Au toucher, bassin normal, col largement déhiscent, membranes intactes, et quatrième pôle : une tête très nettement engagée. Les douleurs peu intenses d'ailleurs qui avaient amené la femme à Lariboisière disparurent rapidement.

Le lendemain matin, 29 octobre, M. Pinard examina cette femme et fut conduit par son premier examen à admettre l'existence probable d'une grossesse triple; mais il se réserva d'examiner la femme plus longuement et suspendit son diagnostic.

Après deux examens minutieux, sa conviction fut faite, et le 30, à la visite du matin, il dit textuellement aux élèves du service : « Je ne peux pas ne pas porter le diagnostic de grossesse triple; le palper, pratiqué avec méthode, me force à faire ce diagnostic. » Il leur fit constater, et plus tard à MM. Champetier de Ribes et Stapfer, l'existence bien nette de six pôles fœtaux.

Un pôle fœtal, une tête, occupait l'excavation, se continuant sur un plan résistant regardant à gauche et en arrière, avec un siège ballottant sous les fausses côtes gauches. Deux autres pôles céphaliques. L'un en bas, au-dessus de la symphyse pubienne et au niveau de l'éminence ilio-pectinée droite ; cette tête est assez mobile; l'autre, occupant le fond de l'utérus à droite, c'est le pôle le plus élevé. Les deux derniers pôles, deux sièges, occupaient l'un la ligne médiane au fond de la cavité utérine, l'autre la fosse iliaque droite; les deux plans résistants de ces deux fœtus étaient moins nettement perceptibles, et des 6 pôles fœtaux, ce fut jusqu'à la fin le siège occupant la fosse iliaque droite dont la perception fut la moins facile.

Des trois foyers d'auscultation, l'un siégeait entre l'épine iliaque gauche et l'ombilic ; les deux autres, moins nettement séparables étaient perçus en haut et à droite au-dessus de l'ombilic. Ils se déplaçaient, du reste, assez fréquemment.

La grossesse continua à évoluer normalement, sans déterminer de troubles notables de la santé générale. Ces examens assez prolongés auxquels cette femme était soumise chaque jour, ne paraissaient même pas la gêner notablement : elle allait et venait dans les salles, rendant même quelques petits services.

A deux ou trois reprises, on crut qu'elle allait entrer en travail ; mais les douleurs se calmèrent comme la première fois. La santé générale se maintenait bonne ; l'examen du cœur et des poumons, répété plusieurs fois, resta toujours négatif.

Néanmoins, le ventre grossissait et donnait à la mensuration les chiffres suivants :

4 novembre. Circ. omb. 112 cent.

Le 7. Circ. omb. 115 cent.

Le 12. Circ. omb. 116 cent.

A partir du 10 novembre, la malade se plaignait de respirer difficilement, mais ses accès de dyspnée étaient très passagers et peu intenses, puisqu'elle supportait encore les examens de chaque matin (sans oreillers) sans en souffrir particulièrement.

Le 23, lors de la visite, elle causa gaiement avec M. Pinard ; elle se leva après la visite.

Vers 6 heures du soir, quelques contractions douloureuses apparurent et se succédèrent jusqu'à neuf heures du soir. A ce moment, elle se plaignit de ne pouvoir respirer, et on alla prévenir Mlle Carrier.

Note remise par Mlle Carrier. — A 9 h. 1/2 du soir, une infirmière vient me chercher pour la femme couchée au n° 3 de la salle Mauriceau, prise subitement d'étouffements.

Je trouve, en effet, dans la salle d'attente du service, accoudée à une fenêtre ouverte, cette femme qui dit ressentir de petites douleurs depuis quelques heures et se trouver très oppressée : elle parle néanmoins facilement, mais, elle est légèrement cyanosée et anhélante.

Elle se rend seule jusqu'à la salle d'accouchements, refusant en riant le bras qu'on lui offrait.

En y arrivant, elle ressent une contraction douloureuse, qui détermine un véritable accès de suffocation. La malade devient violacée, demande de l'air, sa respiration est sifflante. Elle est assise dans un fauteuil près de la fenêtre ouverte. Cet état, et la contraction qui parait l'avoir produit, durent une demi-minute environ ; après quoi, la respiration redevient normale, les lèvres seules restent un peu violacées.

Elle prend quelques cuillerées de sirop d'éther et se trouve mieux.

Je l'examine alors, toujours assise dans son fauteuil, et je trouve le col effacé, l'orifice externe dilaté comme une pièce de 2 francs ; à bords réguliers et souples, une tête engagée, recouverte encore par les membranes.

Après l'avoir fait coucher, ou mieux asseoir dans son lit, soutenue par une pile d'oreillers, je romps les membranes dans le but de dimi-

nuer la tension intra-utérine, et j'envoie une infirmière prier l'interne du service de venir immédiatement, pensant qu'il serait peut-être possible d'extraire le premier fœtus par le forceps.

Tout cela a été l'affaire de quelques minutes.

Coup sur coup, D... a deux ou trois contractions, et chaque fois, les phénomènes précédemment décrits se renouvellent avec une intensité de plus en plus marquée.

Brusquement, à la suite d'un nouvel accès plus violent, la malade s'écrie : « J'étouffe » ; se renverse en arrière, fait 3 ou 4 inspirations spasmodiques et reste immobile.

Une écume sanguinolente s'échappe de la bouche, la pupille est largement dilatée, la vessie et le rectum se vident instantanément.

J'ausculte le cœur : il a cessé de battre. Plusieurs piqûres d'éther, des frictions, des pressions sur la cage thoracique, la respiration artificielle restent sans résultats.

Abandonnant alors la mère qui est bien morte, je ne poursuis plus qu'un but : extraire les enfants le plus rapidement possible.

Seule, sans un aide, je ne puis songer au forceps, ni placer la femme en position obstétricale.

J'introduis, au travers de l'orifice qui n'oppose aucune résistance, ma main droite dans l'utérus. Je refoule la tête et j'arrive assez difficilement, parmi des extrémités multiples, à saisir un pied; le fœtus évolue facilement et est rapidement extrait : il ne crie pas, mais respire.

Pour ne pas perdre de temps, n'ayant pas de ciseaux sous la main, je casse le cordon et l'abandonne sans ligature.

Ma main, immédiatement réintroduite dans l'utérus, dont la cavité paraît énorme, rencontre une grande poche membraneuse flasque qu'elle ne peut rompre. Je saisis un membre au travers et je l'attire dans le vagin ; il rompt les membranes, c'est un bras; en le prenant pour guide, j'arrive sur un pied qui vient pour ainsi dire de lui-même se placer dans ma main, et j'extrais, sans plus de difficulté, un second enfant qui se met aussitôt à crier.

Je confie la ligature et la section du cordon à l'infirmière qui vient de revenir, et pendant ce temps, je réintroduis une troisième fois la main droite qui se perd à nouveau dans les membranes, les rompt par le même procédé que précédemment, et extrait le troisième fœtus dont la tête plus volumineuse résiste davantage. Il ne respire pas, mais son cœur bat faiblement.

Au bout de quelques minutes d'insufflation, la respiration s'établit.

Il ne s'est écoulé que très peu de sang pendant ces trois opérations qui n'ont pas duré cinq minutes. Il y a environ dix à douze minutes que la mère a rendu le dernier soupir, il est dix heures du soir.

Les placentas restent adhérents. Les trois enfants sont en bon état : ce sont, dans l'ordre de leur extraction, deux filles et un garçon.

La première fille, la plus petite, pâle, ayant perdu un peu de sang avant qu'on ait pu faire la ligature du cordon rompu, pèse 2,150 gr.

La deuxième fille pèse 2,720 gr.

Le troisième, garçon, 2,950 gr.

Suivent les résultats de l'autopsie, *loco citato*, p. 25 et 27.

Réflexions (1). — Je crois qu'il est de quelque intérêt de mettre en lumière certains points de cette observation.

La physionomie de cette grossesse ne présenta rien de caractéristique...

La durée de cette grossesse ne différa pas sensiblement de la durée d'une grossesse simple normale...

J'arrive au diagnostic. Bien des auteurs, et des plus récents, disent que pour faire le diagnostic d'une grossesse triple, il faut d'abord penser à cette hypothèse. Cela serait bien si quelque chose de particulier, de spécial, pouvait faire naître cete idée Malheureusement il n'en est rien le plus souvent, et les partisans de cette méthode, par trop subjective, nous en fournissent la preuve en nous rapportant des observations de grossesse triple méconnue, et en ajoutant : nous aurions fait le diagnostic si nous y avions pensé.

Je crois la méthode objective bien supérieure, mais, à une condition, c'est qu'on la connaisse et surtout qu'on sache s'en servir.

Chez notre femme, rien n'avait éveillé chez les personnes déjà expérimentées qui l'avaient examinée avant moi, l'idée d'une grossesse triple. Moi-même, après avoir regardé cette femme, vu son ventre, je ne pensais nullement à cette hypothèse. Le

(1) *Loco citato*, p. 28.

volume du ventre était, il est vrai, considérable, mais il n'avait rien d'exagéré ; la tension des parois abdominale et utérine n'était pas plus grande que celle qu'on observe dans les grossesses doubles, ou même dans certaines grossesses simples, alors qu'il y a un *gros œuf*.

Ce qui a fait naître en moi l'idée d'une grossesse triple, c'est le *palper*, pratiqué méthodiquement. Après avoir trouvé l'excavation remplie par une tête, j'explorai le fond de l'utérus, et je trouvai assez facilement, successivement, trois pôles ou grosses extrémités à ce niveau qui me parurent distinctes au premier abord.

En bas, je trouvai bientôt mon second pôle ; le troisième fut moins nettement perçu à un premier examen que je ne voulus pas prolonger, cette femme ayant été examinée par plusieurs personnes avant mon arrivée.

C'est pour cette raison que je suspendis mon diagnostic jusqu'au lendemain, car je me demandais encore si l'une des grosses parties que j'avais perçues au fond de l'utérus n'était pas constituée par une tumeur fibreuse.

Un second examen leva tous mes doutes, et j'avoue qu'il fallut que mes sensations fussent bien nettes, que j'eusse perçu avec certitude les six pôles et les trois plans résistants pour affirmer devant tous mes élèves l'existence d'une grossesse triple.

Ainsi, le palper seul me permit de reconnaître la présence de trois fœtus, et leur attitude. Je reconnus que deux têtes étaient en bas, l'une engagée, l'autre au niveau du grand bassin et un peu à droite, la troisième au fond de l'utérus. Cette attitude des fœtus persista jusqu'au moment du travail.

Je la retrouvai tous les jours. La superposition des fœtus qui existerait si souvent, d'après certains accoucheurs, dans les grossesses doubles, mais que je n'ai jamais rencontrée, a fait également défaut dans ce cas.

Je ne fus pas seul à faire ce diagnostic. Je priai mon collègue Ribemont-Dessaignes de venir examiner cette femme, sans lui dire de quoi il s'agissait, et lui aussi, après avoir simplement pratiqué le palper, fit le diagnostic de grossesse triple.

J'ajouterai que plus de 20 personnes firent ensuite ce diagnostic.

L'*auscultation* fit constater la présence d'un foyer à gauche et en bas bien isolé, mais permit d'entendre des pulsations fœtales, dans toute la moitié supérieure droite de l'utérus, sans qu'il fût possible de délimiter deux autres foyers. Un foyer qu'on avait cru isolé la veille, à ce niveau, s'était déplacé le lendemain. Seul, le foyer de gauche appartenant au fœtus dont la tête était engagée resta permanent. Les deux autres situés à droite, un peu au-dessus de l'ombilic, ne purent être assez dissociés, ni par la distance, ni par la différence du nombre des pulsations, pour qu'on pût affirmer deux autres foyers distincts.

Le *toucher* ne faisait pas constater autre chose de spécial qu'une déhiscence du col assez prononcée. Bien qu'il y eût trois poches distinctes, on ne trouva à aucun moment de poche bi ou trilobée.

En résumé, dans ce cas, comme dans celui que j'ai observé et diagnostiqué en 1876, à la Clinique d'accouchement, c'est le palper qui me permit de constater et d'affirmer la présence de trois fœtus dans l'utérus.

. . . .

Pièces justificatives n° 4 concernant les cas d'hydrocéphalie où le diagnostic a été fait par le palper, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail.

Diagnostic fait pendant la grossesse.

Voir *Fonctionnement de la Clinique Baudelocque*, 1891.

Hydrocéphalie. Présentation du siège. Diagnostic fait pendant la grossesse par le palper.

La nommée Constance V..., journalière, âgée de 30 ans, entre au dortoir de la Clinique Baudelocque, le 30 octobre 1893.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien d'intéressant.

Elle est accouchée antérieurement sept fois spontanément et à terme d'enfants vivants, dont quatre sont actuellement bien portants.

Dernières règles du 10 au 13 février 1893.

Les mouvements actifs ont été perçus en juillet.

A son entrée, la hauteur de l'utérus au-dessus de la symphyse est de 32 centimètres.

Les urines ne présentent pas d'albumine.

On note dans l'examen général des varices des membres inférieurs. L'examen obstétrical, pratiqué à l'entrée, montre que les parois du ventre sont tendues, le liquide amniotique est en quantité exagérée; on fait le diagnostic de présentation céphalique en droite transversale ; bruits du cœur à droite au-dessus de l'ombilic.

Le 24 novembre, M. Pinard fait le diagnostic de hydromacrocéphalie, siège en bas, hydramnios déjà considérable.

Le 27 novembre, la mensuration de la tête donne 18 centimètres de diamètre antéro-postérieur.

Le 4 décembre, la femme présente brusquement des phénomènes graves de dyspnée avec syncopes dus à l'énorme distension de l'abdomen. On décide de provoquer l'accouchement, et, à 11 heures et demie du matin, on rompt artificiellement les membranes. On recueille 3,950 grammes de liquide amniotique.

Le siège se présente en S. I. G. T.

Le 5 décembre, à 10 heures du soir, elle entre à la salle de travail.

Le 7 décembre seulement, à minuit, la dilatation est complète.

A minuit 45, on administre du chloroforme.

A 1 heure, M. Pinard pose un lacs sur le pli inguinal antérieur et fait des tractions. Le siège est extrait, on dégage ensuite les membres inférieurs en commençant par l'antérieur. Après la sortie du tronc, on mesure l'utérus qui a encore 28 centimètres de hauteur. On dégage ensuite les bras, le bras postérieur d'abord.

Puis M. Pinard fait une incision à la partie moyenne de la colonne dorsale, et introduit une sonde, il s'écoule 2,150 grammes de liquide céphalo-rachidien.

La tête est extraite à 1 heure 18 du matin, le 7 décembre. L'extraction a donc duré 18 minutes.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 3,110 grammes (sans liquide). Les

diamètres, pris après qu'on a rempli la tête de liquide, sont les suivants :

O.M. 16 ; O F. 17 ; SoB. 13 ; SoF. 13 ; BiP. 15 ; Bimalaire 6. Sur la tête préparée, la circonférence maximum mesure 0,50, la circonférence S. OB, 0,44. La suture sagittale a 5 centimètres, la fontanelle antérieure 8 centimètres de largeur.

La délivrance eut lieu spontanément 12 minutes après.

Poids du placenta, 520 grammes.

Suites de couches normales.

(Registres de la Clinique Baudelocque. Observation 1770; 1893.)

Diagnostic fait pendant le travail.

Obs. in Thèse d'agrégation Poullet, 1880, p. 34-36-66.

Obs. in *Traité du palper abdominal*. Pinard, p. 66, 68, 227.

Obs. in *Petite Revue d'obstétrique*, 1890, p. 232.

Obs. in thèse Sergent, 1896, obs. XI, p. 64, obs. XIV, obs. XV, obs. XVI.

Pièce justificative n° 5.

Grossesse gémellaire (1). *Hydropisie de l'amnios de l'un des œufs. Impossibilité de faire le diagnostic avant la ponction. Ponction et évacuation de 10 litres de liquide* (2).

La nommée Marie C..., âgée de 34 ans, ménagère, entre le 25 juin 1886 à la maternité de Lariboisière, salle La Chapelle, lit n° 4.

Cette femme a eu déjà quatre grossesses normales qu'elle mena à terme. Les 4 accouchements furent spontanés.

Enceinte pour la cinquième fois en 1886, elle a eu ses dernières règles le 18 janvier.

Depuis cette époque, elle n'a jamais perdu ni sang, ni eau. Vers le 24 avril, elle remarqua que son ventre prenait un développement rapide, et depuis ce moment, continu. C'est depuis cette époque qu'elle éprouve des douleurs très vives, au niveau des hypochondres. Ces dou-

---

(1) *Traité du palper abdominal*, 2e édition, 1889, p. 196.

(2) Cette observation a été rédigée par M. Lepage, interne du service.

leurs sont devenues tellement intenses que, depuis un mois, cette femme ne peut dormir ; pas de troubles de la miction. — Urines moins abondantes. — Constipation opiniâtre.

La gêne de la respiration qui a débuté en même temps que l'augmentation de volume du ventre, est très marquée depuis trois semaines, surtout pendant la marche ou l'ascension de l'escalier.

Le développement du ventre et la gêne qui en résulte ont déterminé cette femme à entrer à la Maternité. A l'examen, on ne constate ni œdème des membres inférieurs, ni la présence de l'albumine dans les urines.

Le ventre présente un volume plus considérable que chez une femme à terme.

Sa conformation est régulière. La circulation collatérale est assez développée sur la totalité de la paroi abdominale, notamment dans la région sus-ombilicale. Pas de vergetures. La peau est luisante, tendue. La dépression ombilicale a disparu.

Par la percussion, on constate de la matité sur toute la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Il n'y a de résonance que dans la région épigastrique et de chaque côté au niveau des flancs.

Le palper ne fait reconnaître aucune partie fœtale le 24 juin, alors que, le 21, M. Lepage, examinant cette femme à la consultation, avait obtenu nettement le ballottement et entendu les pulsations fœtales. Mais, depuis ce moment, la tumeur a considérablement augmenté.

Les battements du cœur sont difficilement perçus.

Par le toucher, M. Pinard constate que le col est ramolli, fortement porté en avant près de la symphyse pubienne, mais que le segment inférieur n'est pas tendu comme il devrait l'être dans un cas de grossesse simple avec hydropisie de l'amnios.

Le palper, pratiqué à diverses reprises et plusieurs fois, ne permet pas de surprendre la moindre contraction de l'utérus. Il est vrai que la tension de la paroi abdominale est telle qu'on ne peut nettement délimiter le fond de l'utérus.

M. Pinard, constatant que la dyspnée n'est pas très intense et que le principal accident est l'insomnie complète, se contente de soumettre la femme au régime lacté exclusif et prescrit 2 grammes d'iodure de potassium par jour, sans toutefois fonder beaucoup d'espoir sur cette médication.

Il n'a recours à aucune autre intervention, dit-il, car il ne pourrait la préciser, ne sachant encore si c'est une grossesse simple, coexistant

avec une tumeur, ou une grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios d'un des œufs.

Le seul effet apparent du traitement est l'augmentation de la quantité des urines. Le 25 juin, la femme urine un litre et demi. L'urine ne renferme ni sang ni albumine, mais le 28 et le 29 juin, la quantité retombe à 800 grammes. La femme souffre continuellement. Il n'y a pas un instant de sommeil, le décubitus est impossible. Cette femme reste debout ou assise nuit et jour.

Le 30, les douleurs sont telles que cette femme pleure constamment. Des injections de 1 centigramme de morphine, au nombre de trois et quatre dans les vingt-quatre heures, procurent seules un peu de soulagement.

La situation devient intolérable, et M. Pinard se décide à intervenir le 1er juillet.

Les mensurations pratiquées à différentes reprises ont donné les chiffres suivants :

	Avant la Ponction			Après la Ponction			
	26 Juin	28 Juin	1er Juillet	3 Juillet	10 Juillet	13 Juillet	31 Juillet
Circonférence au niveau de l'ombilic	106	107	109	92	100	95	79
Circonférence à égale distance de l'ombilic et du pubis	99	100	104	88	99	93	77
Circonférence à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde	103	107	105	84	90	89	70
Distance de l'ombilic à l'appendice xiphoïde	31	33	33	23	26	26	20
Distance de l'ombilic au pubis	24	23	24	19	20	20	16
Distance de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure droite	28	28	28	22	22	22	16
Distance de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche	28	28	28	22	22	22	16

A l'examen du 1er juillet, le palper pratiqué alors, avec le plus grand

soin, ne permet de reconnaître qu'un ballottement léger perçu au-dessous de l'ombilic. Dans toute la région supérieure de ce ventre énorme, on ne perçoit rien.

Il est impossible de trouver une différence de consistance, en un point quelconque, tellement la paroi abdominale est tendue.

Au toucher, le col est ramolli et le ballottement est facilement perçu.

En introduisant son doigt dans le col jusqu'au delà de l'orifice interne, M. Pinard constate que les membranes qui sont en contact avec son doigt ne sont nullement tendues.

En présence de ces constatations, M. Pinard ne veut pas rompre les membranes au niveau du col. Hésitant toujours entre la grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios d'un œuf et une grossesse simple coexistant avec une tumeur, il pratique une ponction en enfonçant à 8 centimètres à gauche et au-dessus de l'ombilic, un trocard n° 2 de l'appareil Potain.

Il s'écoule un liquide de couleur citrine ; le trocard paraît être libre dans une vaste cavité. Lorsque 5 litres du liquide sont retirés, on voit et on sent l'utérus se contracter et immobiliser le trocard. Puis, au fur et à mesure que l'évacuation continue, on constate l'existence de parties fœtales dans la région supérieure, puis bientôt on peut percevoir deux têtes dans l'utérus.

Le diagnostic ne faisait plus de doute. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire avec hydropisie des œufs.

L'aspiration dure 1 heure environ et permet d'évacuer 10 litres et demi de liquide amniotique.

Après l'évacuation du liquide on met du collodion sur l'orifice du trocard ; puis un bandage avec compression ouatée est appliqué sur le ventre.

Pas de vomissements dans l'après-midi ; les urines sont sanguinolentes.

Le 2 juillet, température 36°,6 ; temp. soir : 37°. Urines 1 litre. La femme se sent très bien.

Le 3, temp. 36°,6 ; temp. soir : 37°.

Par le palper, on constate facilement la présence de deux têtes qui ballottent au fond de l'utérus. Mais on n'entend qu'un seul foyer d'auscultation à droite.

Le 7, état tout à fait bon.

La femme demande à sortir le 13 juillet.

A partir de cette époque, le ventre n'augmente plus. Elle marche facilement.

Le 20, à 3 heures du soir, se promenant au bois de Vincennes, elle est prise de douleurs, monte en voiture pour revenir à l'hôpital, et expulse à 4 h. 1/2 un fœtus se présentant par le siège, ascitique et œdématié, et pesant 1,450 grammes. Il meurt quelques instants après.

La seconde poche se rompt spontanément à 6 heures du soir. Le second fœtus est expulsé immédiatement. Il est macéré et présente un œdème considérable ; il pèse 1,000 grammes.

La délivrance se fait spontanément à 6 h. 1/2. Le placenta, très volumineux, forme une masse unique. Une cloison formée de 4 membranes sépare les deux œufs. Les membranes sont intactes. Celles qui contenaient le second fœtus sont distendues, et présentent, à 10 cent. environ du bord placentaire, un orifice arrondi qui répond à l'entrée du trocard. La femme sort bien portante le 31 juillet.

Discussion.

M. KÜSTNER (de Breslau) (1).

La palpation du liquide amniotique a une importance considérable et bien peu connue jusqu'ici. Elle n'a été utilisée que pour le diagnostic de l'hydramnios, c'est-à-dire dans tous les cas d'augmentation pathologique de ce liquide. Mais il y a lieu de palper le liquide amniotique, de l'explorer également dans les cas normaux. Il est possible, dans la région vers laquelle se trouve dirigée la courbure abdominale de l'enfant, c'est-à-dire à droite dans le cas de première position de la tête fœtale et à gauche dans le cas de deuxième position, de palper un espace étendu au niveau duquel se perçoit nettement le phénomène de la fluctuation.

Cette exploration, cet examen du liquide amniotique acquiert une importance pratique réelle dans le cas de grossesse gémellaire. Dans ce cas, en effet, la démonstration que le phénomène de fluctuation est supprimé a une valeur sérieuse pour le diagnostic de la grossesse gémellaire.

Aussi, étant données les difficultés du diagnostic dans les grossesses multiples, ce nouveau moyen auxiliaire est-il le bien venu. L'attention a été, pour la première fois, attirée récemment sur ce point important, par le Dr Keilmann, à Breslau.

---

(1) Note rédigée par M. Küstner. (H. V.)

M. OTT.

M. Ott affirme aussi la nécessité qu'il y a de soumettre à l'exploration externe les femmes enceintes et en travail. Il ajoute qu'il faut également faire cette même exploration chez toute femme atteinte d'une affection gynécologique. Comme l'exploration interne, surtout dans les cliniques d'enseignement, ne peut pas être entièrement supprimée, il a vu dans la même année se produire 2 cas de septicémie.

M. LA TORRE.

M. La Torre déclare que, bien que pratiquant très largement, dans un but d'enseignement, l'examen interne, il n'a pas observé un seul fait de septicémie. L'étude de ce mode d'exploration est d'autant plus important que, seul, il nous permet de saisir le bon moment pour nos interventions.

La fin de la séance est consacrée à diverses communications.

1° M. BUDIN.

PRÉSENTATION D'UNE RADIOGRAPHIE DE BASSIN OBLIQUE OVALAIRE

J'ai l'honneur de présenter, de la part du Dr Bordas, la photographie prise, grâce aux rayons Rœntgen, du bassin d'une femme vivante. En 1891 j'ai présenté à l'Académie de médecine cette femme chez laquelle j'avais pu faire le diagnostic du bassin oblique ovalaire ou bassin de Nægele. Après ce diagnostic, on a eu chez elle des enfants vivants, alors que, dans trois accouchements antérieurs, on avait dû recourir à l'embryotomie céphalique. Cette femme est revenue récemment à la Maternité pour une fausse couche et sa photographie a été prise. Cette photographie montre, qu'en arrière, du côté gauche, il y a absence de l'aileron du sacrum : l'épine iliaque postérieure et supérieure arrive jusqu'au bord de la colonne vertébrale, tandis que du

côté opposé, du côté droit, l'articulation sacro-iliaque et l'épine iliaque postérieure et supérieure sont visibles, à la distance normale de la colonne vertébrale et de la région médiane du sacrum.

La face antérieure du sacrum est, de plus, tournée vers l'os iliaque gauche.

Enfin de ce même côté, la moitié du bassin est, en arrière, beaucoup plus étroite que du côté droit.

En avant, on voit la symphyse pubienne refoulée du côté opposé à la lésion, c'est-à-dire du côté droit.

Enfin, on peut constater que la forme du détroit supérieur est oblique ovalaire.

Grâce aux données si précises qu'on possède aujourd'hui, on peut, et par l'examen extérieur et par le toucher vaginal, faire le diagnostic du bassin oblique ovalaire ou bassin de Nægele; cependant, en cas de doute, la photographie par les rayons Rœntgen rendrait ce diagnostic indiscutable.

2° H. VARNIER.

PELVIGRAPHIE ET PELVIMÉTRIE PAR LES RAYONS X

Les recherches dont je vais vous entretenir ont été faites à la Clinique Baudelocque par M. Pinard et par moi.

Au mois d'avril 1896, dans une note publiée en collaboration avec M. Chappuis, professeur de physique à l'École centrale (1), l'un de nous écrivait :

« Des expériences dont nous avons montré les premiers résultats aux professeurs Fochier de Lyon et Herrgott de Nancy, à nos collègues Lepage, Potocki, Wallich et Bouffe de Saint Blaise, aux Drs Bossi de Gênes, Fabre de Lyon, etc., prouvent 1° que l'on peut obtenir dès maintenant, à l'aide des rayons X, la silhouette *détaillée* du bassin et de la colonne vertébrale à travers les parties molles contenues et contenantes; 2° que l'on peut de cette façon faire le diagnostic de la symétrie ou de

(1) *Annales de Gynécologie*, t. XLV, p. 285.

l'asymétrie pelvienne, etc. Ces expériences préliminaires de *pelvigraphie par les rayons X* ont été faites sur le cadavre d'une femme morte d'obstruction intestinale neuf jours après l'accouchement. »

A cette époque il nous avait fallu prolonger à ce point la pose (près de 3 heures) pour obtenir des clichés utilisables, que nous avions, pour des raisons faciles à comprendre, dû renoncer aux essais sur la vivante.

Dès qu'à la suite de notables perfectionnements du matériel radiographique, nous entrevîmes, M. Pinard et moi, la possibilité de refaire ces expériences *à la clinique même*, avec des chances sérieuses d'aboutir, sans trop de frais, à des résultats pratiques, nous décidâmes de reprendre nos études de pelvigraphie par les rayons X; et bientôt après nous pouvions annoncer aux organisateurs de ce Congrès la communication que nous faisons aujourd'hui (1).

Disons d'abord, pour ceux qui voudront nous suivre dans cette voie, quelle est notre installation, que nous devons à MM. Ducretet et Lejeune (de Paris).

Nous disposons d'une batterie de 15 accumulateurs chargés à 2 volts par une dynamo qu'actionne, deux fois par semaine, la machine de l'étuve Geneste et Herscher.

Nous marchons avec un voltage de 16 à 20. Le courant passe par un rhéostat avant d'arriver à la bobine de Rhumkorf, de façon à ne pas échauffer celle-ci.

La bobine est actionnée par un trembleur Foucault; c'est une bobine n° 8 de Ducretet et Lejeune, donnant 23 centimètres d'étincelle.

Les ampoules sont des bi-anodiques moyen et gros modèle de Ducretet; pour quelques clichés nous nous sommes servis d'ampoules Schwartz gros modèle.

Les ampoules sont l'élément principal et malheureusement

(1) Le programme préliminaire du Congrès (p. 58) porte : « MM. Pinard et Varnier ont promis de s'arrêter, en abordant la question du toucher, à l'application des rayons X à la pelvigraphie ».

encore très capricieux du dispositif. Elles présentent une grande inégalité et une grande irrégularité d'action.

Il nous a semblé que les meilleures étaient celles qui, à l'écran, donnent des oppositions très marquées entre le squelette et les parties molles. Il est indispensable, avant chaque expérience, d'éprouver l'ampoule à l'écran; et l'on doit s'attendre à rester de temps en temps désemparé pour quelques heures ou quelques jours. Ceci soit dit pour éviter à ceux qui voudront nous suivre de jeter trop tôt le manche après la cognée.

Pour obtenir des clichés utilisables pour l'étude pelvigraphique il faut que, dans tous les cas, les rapports de la source, du sujet et de la plaque sensible soient rigoureusement les mêmes.

Voici le dispositif que nous avons adopté.

La femme ne conserve que sa chemise et s'étend, dans le décubitus dorsal, la tête soutenue par un oreiller, les membres inférieurs rapprochés, sur un lit haut de 40 centimètres.

La plaque sensible, de 40-50, enveloppée de papier aiguille, protégée par un papier paraffiné et supportée par une tablette de bois épaisse de 1 centimètre et bien plane, est glissée sous le siège du sujet en expérience, de façon qu'elle déborde également à droite et à gauche et qu'elle descende jusqu'à 5 ou 6 centimètres plus bas que la vulve.

L'ampoule est placée à 51 centimètres de la plaque sensible et orientée de façon que son miroir soit parallèle à celle-ci, et qu'il corresponde d'une part au plan médian du corps, et d'autre part au plan des épines iliaques antérieures et supérieures.

Après de nombreux tâtonnements, la durée de pose qui nous semble devoir être conseillée est de 2 minutes par centimètre d'épaisseur au point visé, soit 30 minutes pour 15 centimètres d'épaisseur. De cette façon, le temps de pose varie de 30 à 40 minutes.

L'expérience nous a montré que le sujet peut sans peine garder pendant ce laps de temps l'immobilité nécessaire.

Le développement de la plaque doit être lent et poussé loin; il ne faut pas s'attendre à pouvoir suivre la venue de l'image dont on ne peut juger qu'après le fixage. Ainsi que vous pourrez le voir tout à l'heure, les meilleurs clichés perdent énormément au tirage sur papier. C'est donc le cliché lui-même qu'il faut étudier en l'examinant sur verre dépoli dans une chambre noire (1).

Voici maintenant à quels résultats nous sommes arrivés à ce jour, après plusieurs mois d'expériences quotidiennes poursuivies avec la collaboration technique de notre préparateur M. Vaillant.

La radioscopie, c'est-à-dire l'exploration directe à l'écran, ne nous a rien donné même sur les femmes maigres et non gravides.

Les essais de radiographie faits sur des femmes grosses, au cours de la deuxième moitié de la grossesse, ne nous ont donné que des épreuves inutilisables au point de vue qui nous occupe. L'épaisseur à traverser est trop considérable pour les sources de rayons X dont nous disposons actuellement.

C'est sur les femmes non gravides ou grosses de moins de six mois que nous avons pu faire de la pelvigraphie.

Nous vous avons apporté 15 clichés pris dans notre collection (2).

Ils vous montrent que l'on peut dès à présent obtenir, dans tous les cas, une silhouette nette et détaillée du bassin et de ses connexions fémorales et vertébrales, silhouette permettant d'en prendre une idée d'ensemble aussi précise que si l'on regardait directement le squelette à quelques mètres.

---

(1) Après le nouvel essai de reproduction fait pour le n° des *Annales* du 15 septembre dernier (p. 271) nous renonçons à donner ici des similigravures de nos clichés. Nous tenons ceux-ci à la disposition de ceux de nos collègues que cette question intéresse. Ils pourront les examiner dans les conditions que nous jugeons nécessaires comme l'ont fait déjà les professeurs Terrier, Berger, Léopold, Zweifel, Queirel, etc.

(2) Cette collection comprend 115 clichés 40 × 50.

Cette silhouette s'obtient non seulement chez les femmes maigres, mais chez des femmes grasses et très musclées mesurant 24 centimètres d'épaisseur et pesant 66 kilos.

Parmi ces 15 clichés vous reconnaîtrez :

11 bassins parfaitement symétriques, dont 2 manifestement aplatis;

1 bassin asymétrique aplati à droite, sans arrêt de développement de l'aileron sacré du même côté, sans ankylose sacro-iliaque, sans luxation ni coxalgie, sans raccourcissement du membre inférieur, sans courbure anormale prononcée de la colonne vertébrale. Rien ne permettait en clinique de dépister cette asymétrie;

1 bassin asymétrique vicié par coxalgie droite ankylosée, aplati à gauche, avec légère atrophie de l'aileron sacré droit, sans sacro-coxalgie, avec déviation de la symphyse du côté malade;

2 bassins obliques ovalaires de Nægele.

Vous voyez par là qu'il est possible de diagnostiquer d'une façon précise, dans les cas qui laissent des doutes au clinicien le plus expérimenté, la symétrie ou l'asymétrie pelvienne, le siège et le degré de l'asymétrie, la présence ou l'absence d'atrophie sacrée et d'ankylose sacro-iliaque.

Nous avons pu nous assurer, par une expérience cadavérique faite tout au début de ces études (avril 1896), et par des expériences répétées depuis sur des bassins secs, qu'on pouvait faire le diagnostic du glissement de la cinquième lombaire. Voici comment: dans les bassins non atteints de spondylolisthèse la dernière apophyse transverse lombaire se détache nettement dans le clair *au-dessus* de la base du sacrum, tandis que dans la spondylolisthèse cette apophyse porte son ombre *sur* le sacrum lui-même.

Vous pouvez, d'autre part, vous convaincre, par l'examen de nos clichés, qu'on se rend aisément compte de l'état de la symphyse pubienne. Cela nous permettra de résoudre une question encore controversée, celle de la présence ou de l'absence d'un

écartement pubien persistant après la symphyséotomie (1).

C'est déjà beaucoup, Messieurs, et bien de nos anciens s'en seraient contentés, de pouvoir juger de l'ensemble d'un bassin de femme vivante, comme l'on jugerait de l'ensemble d'un bassin squelettique dont on serait séparé par une vitrine un peu poussiéreuse.

Mais déjà vous demandez davantage. Nous nous sommes naturellement posé la question de la *pelvimétrie* après avoir résolu celle de la pelvigraphie.

La pelvimétrie par comparaison est facile.

Il est en effet possible, à l'aide de bassins secs de dimensions connues, placés sur la plaque dans les mêmes conditions que nos sujets vivants, d'établir des *silhouettes-étalons*. Ces étalons, comparés aux silhouettes obtenues sur les femmes vivantes, permettent d'apprécier les dimensions du détroit supérieur.

C'est ainsi par exemple que, toute question d'anamnestiques et d'exploration directe mise à part, nous pouvons classer les bassins nos 1, 2, 3, 4, 5, de notre collection dans la catégorie des bassins qui n'auront pas d'histoire dystocique.

Tandis que le bassin no 15 arrêtera notre attention et nous laissera anxieux pour l'avenir si nous le comparons à la silhouette-étalon d'un bassin normal et d'un bassin aplati que voici. De fait le bassin no 15 a nécessité une symphyséotomie.

De même vous comprenez qu'étant donné un bassin oblique ovalaire étalon qui, par symphyséotomie, a laissé passer facilement un fœtus à terme, de poids et de dimensions connus, on puisse juger, à l'examen de leur radiographie, que les bassins 12 et 13 de notre collection seraient justiciables du même traitement. La preuve est faite pour l'un des deux, qui pourra nous servir maintenant d'étalon clinique.

Peut-on faire plus que cette pelvimétrie approximative, par

(1) Nous possédons dès maintenant une dizaine de radiographies de bassins symphyséotomisés par nous une ou deux fois. Nous publierons bientôt nos conclusions sur ce sujet.

comparaison ? *Peut-on prendre sur les clichés des mesures utilisables, soit directement, soit par déduction ?* .

De l'étude des étalons que nous possédons nous pouvons conclure que l'on peut, sur les radiographies faites dans l'attitude et les conditions indiquées ci-dessus, mesurer directement, à 2 ou 3 millimètres près :

1° La distance des épines iliaques postérieures et supérieures ;

2° La largeur du sacrum ;

3° La distance de la crête épineuse lombo-sacrée aux épines iliaques postérieures et supérieures ;

4° La distance du milieu du promontoire aux symphyses sacro-iliaques.

Pour qui connaît la difficulté qu'on éprouve, par l'exploration externe ou interne, à déterminer ces mesures si importantes pour l'étude clinique des bassins asymétriques obliques ovalaires, il y a là une sérieuse conquête.

L'étude des mêmes étalons nous autorise à dire que l'on peut apprécier, à peu de chose près, les dimensions transversales du détroit supérieur, en retranchant 2 centimètres sur l'épreuve radiographique.

Enfin, et c'est par là que nous terminerons cette communication, nous pouvons radiographier, dans leurs dimensions exactes, l'arcade pubienne et le diamètre transverse du détroit inférieur. C'est encore une sérieuse conquête pour l'étude des bassins cyphotiques. Il suffit, pour obtenir cette mensuration, de changer le dispositif habituel et de faire une radiographie du bassin dans l'attitude assise qui met les ischions en contact avec la plaque sensible.

(A suivre.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Bouilly. Des poussées congestives intermenstruelles. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897, n° 4, p. 581. — **Coe (Henry-C.)**. The clinical value of microscopical examinations of specimens removed by the curette. *Americ. Gyn. and Obst. J.*, 1897, II, 1. — **Hobbs**. Surgical gynæcology in insanity. *British med. J.*, septembre 1897, p. 769. — **Jaworski (Joseph V.)**. Mors sub menstruatione ex anæmia. *Wiener medizin. Presse*, 1897, p. 1017. — **Kehrer**. Sterilization mittels Tubendurchschneidung nach vorderem Scheidenschnitt. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 31, p. 961. — **Legueu (F.)**. Des relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme. *Annales des mal. des org. génito-urin.*, 1897, p. 681. — **Lévi (G.)**. *Des troubles de la menstruation dans les maladies du système nerveux*. Th de Paris, 1896-97, n° 520. — **Lusk (W.-T.)**. Gynæcology at Bellevue-Hopital. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 3, p. 261. — **Mansell-Moullin.** Twelve Month's gynæcological Work. *The British med. J.*, août 1897, p. 194. — **Manton**. Post-operative insanty, especially in women. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 12, p. 714. — **Marsh (Marion)**. Intermenstrual phenomena, with theories. *Am. J. of Obstetrics*, 1897, II, 64. — **Pantzer**. Membranous colitis in its relation to pelvic disease in women. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 12, p. 718. — **Polak**. A case of nymphomania. *Med. News*, septembre 1897, p. 301. — **Porter (Miles-F.)**. Tympanitis. *Med. News*, 1897, II, 134. — **Rohe (G.-H.)**. The etiological relation of pelvic disease in women to insanity. *British med. J.*, septembre 1897, p. 766. — **Russell (J.)**. The after-effects of surgical procedures on the generative organs of females for the relief of insanity. *British med. J.*, septembre 1897, p. 770. — **Waldstein**. Ein Fall von Bauch-und Beckenspalte, Epispadie und Ectopia vesicæ. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, septembre 1897, p. 273.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Amico-Roxas**. Osservazione anatomo-clinicoso di un caso di cisti dermoïde suppurata dell'ovaio, con atresia di tutto il canale cervicale. *Arch. di Ost. e Ginec.*, 1897, n° 8, p. 473. — **Bellamy Gardner**. On the use of nitrous oxide gas and oxygen in minor gynœcological operations. *The Bristish med. J.*, août 1897, p. 224. — **Bouchard**. *Du drainage utérin combiné à la dilatation et à l'antisepsie dans le traitement des métrites et des complications pelviennes*. Th. de Paris, 1896-97, n° 509. — **Foveau de Courmelle**. Massage électro-faradique de l'utérus. *Rev. clinique d'androl. et de gyn.*, septembre 1897, p. 265. — **Heinrich Fritsch**. Operationstich. *Cent. f. Gyn.*, 1897., n° 39, p. 1170. — **Mangin** et **Raynaud**. Injections sous-cutanées massives de sérum artificiel dans les infections. *La Gynécologie*, 1897, n° 4, p. 313. — **Polak**. Notes on the advisability of

uterine tamponage after curettage. *Med. News*, septembre 1897, p. 363. — **Wenzel**. Gynäkologischer. Untersuchungs-stich für das ärztliche Sprechzimmer. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 35, p. 1054.

VULVE ET VAGIN. — **Alexander (E.)**. Ueber einen Fall von Pseudo-hermaphroditismus. *Deutsche med. Woch.*, 1897, p. 606. — **Binder**. Hämatom der äusseren Genitalien. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 34, p. 1033. — **Ferraresi**. I setti transversali della vagina. *Annali di Ost. e Gynec.*, 1897 n° 9, p. 683. — **Goelet (Augustin-H.)**. The technique of vaginal section, irrespective of hysterectomy, for diseased appendages and small pelvic tumors. *Medic. Rec.*, 1897, II p. 122. — **Goltmam (M.)**. A case of false hermaphroditism. *Am. J. of Obst.*, 1897, II, p. 209. — **Howkins**. The advantages of vagino-abdominal section. *Am. J. of Obst.*, septembre 1897, p. 305. — **James Miller**. Curative treatment of vaginal hydrocele by the injection of solution of corrosive sublimate. *The Lancet*, septembre 1897, p. 594, — **Neugebauer**. Cinquante observations personnelles de kystes du vagin. *Revue de gynécologie et de chir. abdominale*, 1897, n° 4, p. 589. — **Pichevin** et **Pettit**. Leucoplasie vulvo-vaginale. *Sem. gynéc.*, 1897, p. 2, 57.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Asch**. Z. Technik der Alexander-Adams-Operation. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 35, p. 1049. — **Bienfait**. Les déplacements de l'utérus en arrière. *Gaz. méd. de Paris*, 1897, p. 313. — **Bœckel**. Traitement des prolapsus génitaux chez les vieilles femmes. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1897, n° 5, p. 49. — **Bouchard**. *Du drainage utérin combiné à la dilatation et à l'antisepsie dans le traitement des métrites et des complications pelviennes*. Th. Paris, 1896-97. — **Boraleni**. Isteropessi e gravidanza. *Annali di Ost. e Gyn.*, 1897, n° 9, p. 657. — **Carl Bech**. Eine neue Methode der Hysteropexie. *Cent. f. Chirurg.*, 1897, n° 33, p. 881. — **Curtis Webb**. The operative treatment of displacement of the uterus. *The Lancet*, août 1897, p. 534. — **Dolhoff**. Eine Porro'sche Operation indicirt durch vorhergegangene Vaginofixatio. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 36, p. 1079. — **Edebohls**. Excessive mobility of the uterus. *The Am. Gyn. a. Obst., J.*, 1897, n° 3, p. 321. — **Freudenberg (C.)**. Zur Behandlung der Retroflexio uteri. *Deutsche medic. Woch.*, 1897, p. 530. — **Fritsch**. Ueber Retroflexions Behandlung *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 33, p. 1009. — **Goldspohn (A.)**. Intra-pelvic infravaginal perineorraphy without loss of tissue. *Medicine*, Detroit, Michigan, 1897, t. VIII, p. 543. — **Holme Wiggin**. Notes on the operative treatement of complete vaginal and uterine prolapse. *Med. News*, septembre 1897, p. 333. — **Lapthorm Smith**. The Results of one hundred and forty-seven operations for retroversion of the uterus. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 3, p. 325. — **Matthew D. Mann**. Intra-abdominal shortening of the round ligaments for posterior displacements of the uterus. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 12, p. 707. — **Reynier**. Des ptoses utérines. *Sem. gyn.*, 1897, p. 307. — **Ridde Goff**. Shortening the round ligaments through the anterior vaginal fornix for posterior displacements of the uterus. *Med. News*, septembre 1897, p. 361. — **Schacht**. Complete inversion of the uterus. Duration a fortnight. Reduction by manipulation. *The British med. J.*, août 1897, p. 229. — **Shaw-Mackenzie**. Lacerations of the os uteri, vagina and Perineum in syphilitic women. *The Lancet*,

septembre 1897, p. 711. — **Simoes**. Traitement des rétro-déviations mobiles par l'opération d'Alquié-Alexander. *La Gynécologie*, 1897, n° 4, p. 289. — **Sippel (A.)**. Zur Ventrofixatio uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1897. n° 39, p. 1176. — **Vineberg (Hiram N.)**. Further experience with vaginal fixation of the round ligaments for backward displacements of the uterus. *Amer. J. of. Obs.*, 1897, II, 15. — **Walker**. Report of an operation for the relief of complete procidentia of the uterus and Bladder. *Medic. News*, 3 juillet, 1897, p. 17. — **Webster**. A criticism of recent views, regarding lateral deviation and rotation of the uterus. *Edinb. med. J.*, septembre, 1897, p. 254.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Addis Emmet (Cl.)**. When to amputate in preference to the repair of a lacerated cervix by the usual method. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 3, p. 344. — **Dalché (P.)**. Les métrorrhagies dans les maladies du cœur. *Gaz. des hôpitaux*, 1897, n° 77, p. 769. — **Dauchez**. Irrégularités menstruelles, ménorrhagies au début de la puberté. *S m. gynéc.*, 1897, p. 195. — **Fish (E.-F.)**. The uterus again (no organ whose function can be maintained should be sacrified). *Amer. J. of Obst.*, 1897, II, 37. — **Kaufmann**. Ueber Phlebectasien des Uterus und seiner Adnexe. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. XXXVII, Hft. II, p. 201. — **Peterson (Reuben)**. The use of the curette in puerperal and chronic endometritis. *Am. J. of Obst.*, 1897, II, 28. — **Romme**. Traitement des endométrites hémorrhagiques par l'ébouillantement. *Presse médicale*, 1897, p. 201. — **Vedeler**. Dysmenorrhœa hysterica. *Arch. f. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. II, p. 324.

TUMEURS UTÉRINES. HYSTÉRECTOMIE. — **Alterthum**. Vaginale Exstirpation eines Carcinomatösen Uterus aus dem 6 Schwangerschaftsmonat. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 27, p. 863. — **Bégouin**. Coexistence du fibrome et du cancer de l'utérus. *Gaz. hebd. des Sc. médic. de Bordeaux*, 1897, n° 35, p. 411. — **Bosche (C.)**. *Cancer utérin et grossesse*. Th. de Paris, 1896-1897, n° 547. — **Bowreman Jessett**. Note on five cases of fibro-myoma of the uterus. *The British med. J.*, août 1897, p. 157. — **Chrobak**. Vaginale Uterusexstirpation bei Carcinom und Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 37, p. 1105. — **Curt Freudenberg**. Ueber die Behandlung des inoperablen Uteruskrebses mit Chelidonium majus. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 30, p. 940. — **Demantké (G.)**. *De l'hystérectomie abdominale pour gros fibromes utérins par le procédé de la ligature élastique perdue (Procédé d'Olshausen)*. Th. de Paris, 1896-1897, n° 534. — **Dührssen**. Ueber die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 30, p. 942. — **Duret**. Sur deux cas exceptionnels d'hystérectomie abdominale totale. *Sem. gyn.*, 1897, p. 233. — **Hunter Robb**. The conservative treatment of the myomatous uterus. *Am. J. of Obst.*, septembre 1897, p. 289. — **Homans (John)**. The indications for and the technique of hysterectomy. *Amer. J. of Med. Sc.*, 1897, II, 251. — **Kossmann**. Die Abstammung der Drüseneinschlüsse in den Adenomyomen des Uterus und der Tuben. *Arch. f. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. II, p. 359. — **Legall (B.)**. *Etude histologique de la môle hydatiforme et du déciduome malin*. Th. Paris, 1896-97, n° 477. — **Lester**. The destiny of vaginal hysterectomy for malign. diseases. *Medic. News*, 17 juillet 1897, p. 69. — **Macé**. *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus*. Th. de Paris, 1896-1897, n° 284. — **Monod**. Polype utérin à apparition intermittente. *Annales de*

la policlinique, Bordeaux, 1897, p. 508. — **O'Sullivan.** Notes on a case of panhysterectomy. *The Lancet*, août 1897, p. 714. — **Perry (W.-B.).** A modification of Doyen's method of abdominal total hysterectomy. *Amer. J. of Obst.*, 1897, II, 169. — **Planque (E.).** *Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins.* Th. Paris, 1896-97, n° 325. — **Rechner (T.).** *Contribution à l'étude du pincement et de la ligature des artères utérines comme procédé hémostatique et atrophiant dans le traitement des fibromes utérins.* Th. de Paris, 1896-97, n° 464. — **Reclus.** Hystérectomie abdominale totale. *Société de chirurgie*, 7 juillet 1897. — **Rumpf (W.-H.).** Uterine fibromata in pregnancy, with report of a case. *Amer. Gyn. and Obst. J.*, 1897, II, 17. — **Rudolf Savar.** Psammocarcinom in einem Cervicalpolypen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 30, p. 937. — **Segond.** L'hystérectomie abdominale totale dans l'ablation des gros fibromes et le traitement des suppurations pelviennes. Considérations sur son manuel opératoire et sur la supériorité du procédé américain. *Revue de gynéc. et de chirurg. abdominale*, 1897, n° 4, p. 605. — **Thésée (V.).** *Contribution à l'étude du décubitus acutus, complication possible de l'hystérectomie vaginale.* Th. de Paris, 1896-97, n° 446. — **Vitrac.** Association du cancer utérin avec des lésions néoplasiques non épithéliales de l'utérus et des annexes. Résumé statistique de 82 cas d'épithélioma utérin. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1897, p. 356. — **Winslow Anderson.** Uterine Fibroïds. *Pacific med. J.*, septembre 1897, p. 529. — **Winter et Schmitt.** Ueber die Behandlung des Uteruskrebses mit Chelidonium majus. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 27, p. 359. — **Wisselnick.** Z. Therapie des Uteruscarcinoms. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. II, Hft. II, p. 225.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Audian (J.).** *Contribution à l'étude du traitement opératoire des annexites.* Th. de Paris, 1896-97, n° 565. — **Baldy.** A case of varicose vein of the broad ligament. *Am. J. of Obst.*, septembre 1897, p. 310. — **Godard.** Péritonite purulente. Elytrotomie postérieure Laparotomie. Guérison. *La Policlinique*, Bruxelles, 1897, n° 17, p. 381. — **Leake (H.-K.).** Etiology of pelvic inflammation. *Amer. J. of Obst.*, 1897, II, 214. — **Otto v. Franqué.** Z. Tuberculose der weiblichen Genitalien insbesondere der Ovarien. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. XXXVII, Hft. II, p. 185. — **Reynolds.** The choice between the abdominal and vaginal incisions in the operative treatment of acute pelvic inflammations; with some remarks upon the technique of the vaginal operation. *The Boston Med. a. Surg. J.* août 1897, p. 146. — **Sonnenburg (E).** Beitrage im Differentialdiagnose der Entzundungen und Tumoren der Ileo-cæcal Gegend mit besonderer Berücksichtigung rechtsseitiger Adnexerkrankungen. *Deutsche med. Woch.*, 1897, p. 633. — **Stone.** The surgical technique of operations for pus in the pelvis. *Americ. J. of Obst.*, septembre 1897, p. 294.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS, OVARIOTOMIE. — **Audebert.** Volumineuse tumeur ovarique simulant une grossesse extra-utérine. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, août 1897, p. 397. — **Bousquet.** Etude sur quarante cas d'ovariotomie pour tumeurs ou kystes de l'ovaire. *Le Centre médical*, juillet 1897, p. 7. — **Carl Lauenstein.** Bemerkung zu

dem Thema der Bauchdeckennaht, so wie zu dem Bauchschnitt bei Ovariotomie wegen eikammeriger Cyste und ihrer schonenden Entwicklung aus einem kleinen Schnitt. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 30, p. 945. — **Cocquelet (L.)**. *Sur un cas de complication d'un kyste du ligament large.* Th. de Paris, 1896-97, n° 626. — **Condamin.** De la marsupialisation des kystes de l'ovaire. Traitement ultérieur des cas de récidive. *Sem. gynéc.*, 1897, p. 227. — **Emmet (Bache M.c. E.)**. Multiple myomata in the abdominal cavity. *Amer. Gyn. and Obst. J.*, 1897, II, 6. — **Frantzen.** Ein Beitrag zu den Dermoiden des Ovarium. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. V, 1897. Supplément, p. 68. — **Jayle (F.)**. Effets physiologiques de la castration chez la femme. *Revue de gyn. et de chir. abdominale*, 1897, n° 3, p. 403. — **Kippenberg.** Z. Kastrationfrage. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 31, p. 966. — **Lynn.** Successful cœliotomies for an intraperitoneal rupture of a tubalgestation and two other uncommon pelvic tumours. *British med. J.*, août 1897, p. 461. — **Meek (H.)**. Primary adenocarcinoma of both ovaries. *Am. J. of. Obst.*, 1897, II, 205. — **Pick.** Ein neuer Typus des voluminösen paroophoralen Adenomyoms. *Arch. f. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. I, p. 117. — **Pit'ha.** Kasuistischer Beitrag zur post-typhosen Eiterung in Ovarialcysten. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 37, p. 1109. — **Prochoroff.** Die pathologisch-anatom Veranderungen der Ovarialcysten nach Stieltorsion. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, t. V, 1897. Supplément, p. 122. — **Sassier.** *L'utérus après l'ablation des annexes ; résultats éloignés.* Th. Paris, 1896-97. — **Schultz-Schultzenstein.** Intraligamentäres Myosarkom bei gleichzeitigen Vorhandensein zweier Ovarien. — *Arch. f. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. II, p. 412. — **Watkins.** Exibition of unique microscopic section of papilloma a. carcinoma of the tubes, with a review of cases treated by me at S.-Luke's-Hospital by an improved technique. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 3, p. 272. — **Williams.** On ovarian tumour with pregnancy. *Lancet*, 17 juillet 1897, p. 129.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Cormack (Arthur-T.-Mc.)**. Early diagnosis and treatment of ectopic gestation. *Amer. J. of Obst.*, 1897, II, 59. — **Dührssen.** Ueber die operative Behandlung, insbesondere die vaginale Cœliotomie bei Tubarschwangerschaft, nebst Bemerkungen zur Ætiologie der Tubarschwangerschaft u. Beschreibung eines Tubenpolypen. *Arch. f. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. II, p. 207. — **Rosenwasser (M.)**. A case of intraperitoneal gestation at term operation after death of fœtus. Recovery. *Amer. J. of Obst.*, 1897, II, 52.

ORGANES URINAIRES. — **Albarran.** Technique du cathétérisme cytoscopique des uretères. *Revue de gyn. et de chirurg. abdominale*, 1897, n° 3, p. 457. — **Bozeman (Nathan-G.)**. Tubular drainage through the vagina for chronic cystitis, with report of cases. *Amer. Gyn. and Obst. J.*, 1897, II, 34. — **Garceau (Edgar)**. Some cases of cystitis in women. *Boston Medical and Surgical Journal*, 1897, II, 97 et 126. — **Koch.** Eine modicifirte Trendelenburg'sch Blasenspaltenoperation. *Cent. f. Chirurg.*, 1897, n° 37, p. 953. — **Mackie (W.)**. Catheterization of the ureters. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 12, p. 719. — **Martin (C.)**. *Etudes sur le traitement opératoire des fistules vésico-vaginales.* Th. Paris, 1896-97, n° 600. — **Perrault (H.)**. *Quelques recherches sur les tumeurs dites polypes de l'urèthre chez la femme.* Th. de Paris, 1896-97, n° 485.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Cullen (Thomas S.)**. — Silkormwgut as

a subcutaneous suture in closure of abdominal incisions. *Amer. J. of Obst.*, 1897, II, 171.— **Delore.** Des contusions de l'abdomen avec péritonite traumatique sans lésions viscérales. *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, 1897, n° 75, p. 889. — **Eve (F.).** Two cases of abdominal operation in early childhood (ovariom cyst). *Brit. med. J.*, 1897, II, 214. — **Dixon Jones (Mary-A.).** Laparotomy for diseases of women from 1879 to 1889. *Amer. J. of Obst.*, 1897, II, 74. — **Faure.** A propos de quelques opérations d'urgence sur la cavité abdominale. *Gaz. des hôpitaux*, 1897, n° 96, n° 945. — **Furneaux Jordan.** Clinical notes and observations on one hundred consecutive cases of abdominal section. *The British med. J.*, août 1897, p. 206. — **Herbert Snow.** On the value in, *a*) real, *b*) supposed, abdominal malignant disease of exploratory laparotomy *per se*. *The Brit. med. J.*, août 1897, p. 166. — **John Wallace. A.** Note on exploratory incision and drainage *versus* paracentesis in the treatment of ascites; and exact diagnosis by peritoneal speculum. *Brit. med. J.*, juillet 1897, p. 79. — **Karl Kretschman.** Ueber Pseudomyxoma peritonei. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. V, 1897. Supplément, p. 32.— **Malmejac.** *Boutonnière exploratrice du péritoine dans les contusions de l'abdomen.* Th. Paris, 1896-97. — **Mayo Robson.** A case of perforating wound of the abdomen in which the superior mesenteric vein was wounded, Lavage of abdomen, transfusion, recovery. *Brit. med. J.*, juillet 1897, p. 77. — **Polk.** Report of operations opening the peritonœal cavity. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, 1897, n° 3, p. 267. — **Senn.** Classification des péritonites aiguës. *Revue de gynéc. et de chirurgie abdominale*, n° 4, p. 647, 1897.— **Uhlmann.** Ueber das Auftreten peritoneal Adäsionen nach Laparotomien, mit besonderer Berücksichtigung des Verhältnisses zwischen trochener und fœuchter Asepsis. *Arch. f. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. II, p. 384.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Mitchell.** Walchers position in Labour. *British med. J.*, juillet 1897, p. 15.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Ayers (Edward A.).** The pubic symphysis in parturition. *Am. J. of Obst.*, 1897 II, 1. — **Bayer.** Uterus und unteres Uterussegment. *Arch. f. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. 1, p. 13. — **Boix** et de **Noé.** Toxicité urinaire chez le cobaye en gestation. *Arch. générales de méd.*, 1897, n° 9, p. 257-263. — **Carlo Ferraresi.** I setti trasversali della vagina sotto il rapporto della origine congenita della proiezione vaginale e della importanza ostetrica. *Annali di Ost. e Gin.*, 1897, n° 27, p. 447. — **Hofbauer.** Zur Physiologie des Puerperiums. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. V, 1897. Supplément. — **Karl Holzapfel.** Zur Frage der Temperaturmessungen in Wochenbett. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 27, p. 868. — **Liscia** et **Passigli.** Contributo allo studio delle modificazioni gravidiche urinarie. *Annali di Ost. e Gin.*, 1897, n° 9, p. 703. — **Mandl.** Ueber den feineren Bau der Eileiter während und ausserhalb der Schwangerschaft. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. V, 1897. Supplément, p. 130. — **Murray.** Is there a positive pressure in the growing pregnant uterus? *Edinb. med. J.*, juillet 1897, p. 30. — **Renon.** Cotylédons erratiques excentriques ou isolés. *Archives médic. d'Angers*,

1897, p. 388. — **Webster.** The changes in the uterine mucosa during pregnancy, and the attached fœtal structures. *Am. Gyn. and Obstet. J.*, 1897, II, 22.

GROSSESSE. — **Baketel (H.-S.).** Prolonged pregnancy and premature ossification of the cranium causing dystocy. *Med. Rec.*, 1897, II, 159. — **Hans Meyer.** Zwei seltene Auskultations-phänomene bei einer Schwangeren. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 28, p. 904. — **Tridondani.** La diagnosi di sede dell' inserzione placentare. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1897, n° 6, p. 427.

DYSTOCIE. — **Audebert et Binaud.** Hystéropexie et grossesse. *Gaz. Hebd des sc. méd. de Bordeaux*, 1897, p. 377. — **Barone.** Un caso raro di distocia pelvica per voluminoso angioma cavernoso del 3e superiore della faccia antero-interna della coscia del feto. *Arch. di Ost. e Ginec.*, 1897, n° 8, p. 462. — **Bruschi.** Vizio di bacino. Applicazione di forcipe, gangrena dei genitali, endometrite ulcerosa terapia, guarigione. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1897, p. 393. — **Dobbin (Georges W.).** The frequency of contracted pelves. *Amer. J. of Obst.*, 1897, II, 145. — **Eberhardt.** Lymphangioma cystoïdes als geburtshinderniss. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, septembre 1897, p. 248. — **Hans Meyer.** Ein Fall von vollstantigem Verschlus des Genitalschlauches in der Schwangerschaft *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 34, p. 1035. — **Maclennan.** Notes on two cases of dystocia arising from relative shortening of the umbilical cod. *Brit. med. J.*, août, 1897, p 466. — **Olaf Sigismond.** Ueber Schwangerschaft bei Uterus septus. *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, septembre 1897, p. 262. — **Tombleson (James B.).** A case of uterus bicornis. *Lancet*, 1897, II, 253.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **E. Ebstein.** Zur Kenntniss der Tubarschwangerschaft. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, t. V, 1897. Supplément, p. 140. — **Dunning (L.-H.).** Ectopic gestation (a consideration of the intraligamentous, retroperitoneal form). *Amer. J. of. Obst.*, 1897, II. p. 43. — **Wesley Bovée.** Retroperitoneal ectopic pregnancy at full term. *Amer. J. of Obst.*, septembre 1897, p. 314.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Bernard.** *De la température des nouveau-nés.* Th. Paris, 1896-97. — **Decio.** Mostruosita fœtale inedita. *Annali di Ost. e Gynec.*, 1897, n° 8, p. 649. — **Denis.** *Etude critique sur les différents procédés de mensuration de la tête fœtale pendant la vie intra-utérine.* Th. Paris, 1897. — **Letourneur.** *De l'influence de la profession de la mère sur le poids des enfants.* Th. Paris, 1896-97. — **Matthews.** Case of fœtal ascite. *Brit. med. J.*, juillet 1897, p. 82. — **Mercier.** *De l'entéroclyse chez le nouveau-né.* Th. Paris, 1896-97. — **Newman Dorland.** Persistence of the umbilical cordon. *The Philadelfia polyclinic.*, 1897, n° VI, p. 254. — **Oehlschlaeger.** Knapp's geschichtliche Bemerkungen in n° 22 dieses Blattes über meine Verfahren zur Wiederbelebung Neugeborener. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 36, p. 1081. — **Otto v. Franqué.** Ueber histologische Veränderungen in der Placenta und ihre Beziehungen zum tode der Frucht. *Zeits. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. XXXVII, Hft. II, p. 277. — **Smith (Thomas C.).** Intra-uterine fracture of the humerus. *Amer. J. of Obst.*, 1897, II, p. 91. — **Stoner.** Congenital occlusion of the rectum

and anus. Report of a case successfully operated upon through the Perineum. *Med. News*, août 1894, p. 206.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Bela von Wallo.** Studien in Anschluss an 115. Zangenoperationem. *Mon. f. Geb. u. Gyn.* t. V, 1897. Supplément, p. 109. — **Bleynie.** Quelques remarques sur la symphyséotomie à propos de cinq opérations pratiquées à la maternité de Limoges. *Le Limousin méd.*, 1897, n° 6, p. 83. — **Coventino.** Operazione Cesarea con conservazione dell'utero e asportazione delle ovaia. *Archivio di Ost. e Ginec.*, 1897, n° 8, p. 449. — **Dixon (Arch.)** : Cesarean section under difficulties. *Amer. J. of Obst.*, 1897, II, 200. — **Duchamp.** Opération césarienne suivie de l'amputation par le vagin de l'utérus inversé. *La Loire médic.*, 1897, n° 9, p. 229. — **Engelmann.** Remarks on symphyseotomy. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 8 juillet 1897, p. 34. — **Ferroni.** Il parto podalico nella clinica ostetrica di Pavia. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1897, n° 8, p. 577. — **Freiherr Rokitansky.** Zur Extraction des nachfolgenden Kopfes. — *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIV, Hft. II, p. 352. — **Gillespie (William).** Forceps rotation in occiput posterior positions of the vertex. *Am. J. of Obst.*, 1897, II, 224. — **Kahn (E.)** Ein Beiträg z. suprasymphysären Kreuzschnitt nach Küstner. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 32, p. 990. — **Mandenstamm.** Ein Fallvon konservativen Kaiserschnitt mit glücklichen Ausgang für Mutter u. Kind. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 32, p. 985. — **Muller.** Ueber die in den letzen Jahren angewandten Methoden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, t. V, 1897. Supplément, p. 170. — **Reynolds.** A case of Cæsarean section. *Boston Med. and Surg. J.*, 8 juillet 1897, p. 35. — **Riddett.** A case of cæsarean section for cyesis complicated by malignant disease of the rectum. *The Lancet*, septembre 1897, p. 600.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Audebert.** Une complication rare de la rétroflexion de l'utérus gravide ; sialorrhée guérie par la réduction. *La Presse médicale*, 1897, n° 78, p. 173. — **Bennett.** Puerperal albuminuria and the action of sulphate of quinine on the gravid uterus. *Lancet*, septembre, 1897, p. 598. — **Bonnaire.** Placenta prævia hémorrhagique et accouchement rapide. *Presse médicale*, 14 août 1897, p. 87. — **Bowen (W. Sinclair).** A case of ante-partum hour-glass contraction of the uterus. *Amer. J. of Obstet.* 1897, II, 96. — **Casiccia.** Del miglior trattamento de l'eclampsia. *Panmatone*, n° 3-4, p. 47. — **Curatulo.** Intorno ad una nuova origine della placenta marginata. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, 1897, p. 505. — **Edin.** Note on auto-intoxication during pregnancy *The Lancet*, juillet 1897, p. 86. — **Falk.** Partielle hydropische degeneration der placenta bei einer Eklamptischen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 36, p. 1073. — **Ferroni.** Contributo allo strutura delle ovaie osteomalaciche. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1897, n° 9, p. 683. — **Fieux.** Placenta albuminurique. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, 1897, n° 27, p. 319. — **Géhé.** Traitement de l'éclampsie puerpérale. *Annales de la policlinique de Toulouse*, juin 1897, p. 87. — **Gelpke.** Einige Bemerkungen über die Knochenerweichung der Erwachsenen. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, t. V, 1897. Supplément. — **Gordon (A.).** The necessity of inquiry concerning abortion in the cases of women having remote symptoms. *The Philadelphia polyclinic*, 1897, n° 37, p. 372. —

Guicciardi. Contributo allo studio dell' infarto bianco della superficie fetale della placenta. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1897, n° 8, p. 595. — **Guichard**. Expulsion tardive d'un cotylédon placentaire surnuméraire. Hydrosalpingite. *Arch. méd. d'Angers*, 1897, p. 392. — **Hans Meyer**. Ein Fall von Oedema acutum cervicis parturientis. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 35, p. 1050. — **Haultain (F.-W.-N.)**. On the culture diagnosis and serum treatment of puerperal infection with illustrative cases. *Edinburgh med. J.*, 1897, II, 128. — **Heady (James F.)**. Eclampsie treated with large doses of morphia hypodermatically. *Amer. J. of Obst.*, 1897, II, 229. — **Japp Sinclair**. The Injuries of Paturition, the old and New. *Brit. med. J.*, septembre 1897, p. 589. — **Jaworski**. Ueber die schwere Anämie Schwangerer. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 31, p. 967. — **Jellinghaus**. Ueber Uterusrupturen während der Schwangerschaft. *Arch. f. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. 1, p. 103. — **Keilmann**. Eine cervixplacenta. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 27, p. 857. — **Lea Arnold W.-W.)**. A case of puerperal mania, toxic in origin. *Medical chronicle*, juillet 1897, p. 259. — **Leopold**. Beitrag zur Ruptura uteri. *Cent. f. Gyn.*, 10 juillet 1897, p. 879. — **Michel**. *Est-il utile de provoquer l'accouchement chez une femme atteinte d'éclampsie?* Th. Paris, 1896-97. — **Otto v. Weiss**. Z. Frage du placenta prævia cervicalis. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 33, p. 1011. — **Pike**. A note on two unusual complications of midwifery. *The Lancet*, juillet 1897, p. 13. — **Rawlings (J.)**. A case of puerperal septicæmia treated with antistreptococcic serum death. *Lancet*, 1897, II, 309. — **Richmond (R.)**. Two cases of puerperal septicæmia treated by antistreptococcic serum; Recovery. *The Lancet*, septembre 1897, p. 789. — **Rubeska**. Beiträge zum Tetanus puerperalis. *Arch. f. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. 1, p. 1. — **Schmiztler (J.)**. Ein Beiträg zur Organotherapie bei Osteomalacie. *Deutsch. med. Woch.*, 1897, p. 587. — **Stack**. Note on case of puerperal eclampsia. *Lancet*, 17 juillet 1897, p. 145. — **Whittingdale**. Antistreptococcic serum in the treatment of puerperal fever. *Brit. med. J.*, juillet, 1897, p. 14.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — Davis. Chloroforme in Obstetrics. *The Boston Med. a. Surg. J.*, août 1897, p. 193. — **Etable**. *Des injections massives de solutions salines dans l'infection*. Th. Paris, 1896-97. — **Green**. The use of ether in obstetric practice. *The Boston Med. a. Surg. J.*, août 1897, p. 198. — **Worcester**. The superiority of chloroform as an anesthetic in midwifery practice. *The Boston Med. a. Surg. J.*, août 1897, p. 198.

VARIA. — Jones (Mary A. Dixon). Diseased ova. *Amer. J. of Obst.*, 1897, II, 175. — **Lefour**. Fonctionnement de la nouvelle Maternité. *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1897, n° 35, p. 412, 435.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1897

TRAVAUX ORIGINAUX

12e CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES, TENU A MOSCOU DU 19 AU 26 AOUT 1897

13e SECTION : OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Suite de la séance du 21 août (matin).

3° M. OLSHAUSEN

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE ET DE SES INDICATIONS DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS PELVIENS (1)

D'après l'enseignement actuel, il faut reconnaître à l'opération césarienne, dans le traitement des sténoses pelviennes, une indication *absolue* et une indication *relative*. On entend par indication *relative* : donner la préférence à l'accouchement par la voie abdominale sur l'accouchement par les voies naturelles, non pas dans l'intérêt de la mère, mais dans celui de l'enfant ; mais il s'en faut de beaucoup que l'indication relative ait jamais obtenu l'assentiment général. Bien au contraire, le plus grand nombre des accoucheurs se sont toujours prononcés contre l'opération césarienne à indication relative pour éviter le risque, vu la gravité pronostique liée à cette intervention, de sacrifier la mère au salut de l'enfant.

Or, les éléments du pronostic se sont, à l'heure actuelle, complè-

(1) M. OLSHAUSEN a revu cette traduction dont il avait adressé spécialement l'original aux *Annales de Gynécologie*.

tement modifiés, sans que la thérapie des viciations pelviennes ait subi, autant tout au moins qu'il m'est possible d'en juger, une modification parallèle.

Dans les cas où, autrefois, nous disions sans réserve : la césarienne est pour la mère incomparablement plus dangereuse que l'abstention et que l'accouchement éventuel par le forceps ou la perforation ; dans ces mêmes cas c'est, aujourd'hui, le contraire qui est vrai.

Avant l'antisepsie la césarienne était une opération à peu près mortelle. Moi-même, sur un total de quatre opérations remontant à cette époque, je n'avais sauvé aucune mère. Actuellement les choses sont entièrement retournées. A la vérité toutes les opérations, au point de vue de la préservation de l'existence, se sont améliorées ; les opérations obstétricales par le vagin, moins, toutefois, que la césarienne qui, sous la réserve d'une antisepsie et d'une asepsie absolues, et aussi d'une exécution convenable, nous garantit presque le succès.

Écartons-nous l'opération césarienne, nous ne pouvons régler la marche de la dilatation. Il nous est impossible d'empêcher, surtout si les membranes sont prématurément rompues, les contusions des parties molles, qui peuvent ouvrir les portes à l'infection, avant qu'il soit possible de terminer l'accouchement par les voies naturelles. Ne voulons-nous pas perforer la tête de l'enfant vivant, décision qui certainement répugne à tout accoucheur, avant qu'on ait acquis la certitude que l'enfant ne peut pas, non diminué et éventuellement vivant, traverser la filière pelvienne ? Dans ce cas, l'accouchement peut beaucoup se prolonger et les contusions des parties molles devenir tout à fait considérables. Il faut ensuite compter avec les dangers, atténués il est vrai mais non supprimés, des interventions chirurgicales, telles que version, forceps haut, perforation, et de cette autre intervention si souvent nécessaire après les accouchements artificiels, le décollement manuel du placenta qui reste encore, eu égard aux dangers d'infection, la plus grave de toutes les opérations obstétricales.

Tous ces dangers, on les supprime grâce à la césarienne faite à *temps*. Il n'est pas nécessaire de se montrer tout à fait

absolu sur le *choix du moment de l'opération.* Mais, en général, il ne me paraît pas judicieux d'intervenir avant le début du travail. Dans le cas de bassin étroit, il n'existe pas de raison même légère pour agir ainsi. Par contre, quand il s'agit d'états pathologiques qui rendent utile l'accélération de l'accouchement, il ne faut avoir aucune appréhension d'intervenir même pendant la grossesse. Dans les cas de bassins rétrécis, je pense qu'il est plus sage d'attendre quelques heures jusqu'à ce que de bonnes contractions se soient produites, que le col se soit effacé, et l'orifice quelque peu entr'ouvert pour qu'on n'ait pas à craindre une rétention des lochies.

Plus importante que le choix du moment est la *technique* de la césarienne. Avec l'ensemble des précautions contre la septicémie, la suture de l'utérus si perfectionnée, grâce à Sänger, assure à l'opération la sûreté dont nous avons besoin. Par contre, la technique des autres opérations qu'on peut lui opposer n'a été que peu améliorée par l'emploi des forceps à tractions axiales et des cranioclastes.

En dépit des résultats supérieurs signalés par Zweifel, j'estime que, sous le rapport de la technique et de la sûreté, la symphyséotomie reste bien en arrière de la césarienne ; je crois aussi que la symphyséotomie n'est pas une opération à la portée du plus grand nombre des praticiens, contrairement à l'opération césarienne.

La technique de la césarienne n'est pas partout la même. Encore récemment on a de nouveau conseillé de laisser l'utérus *in situ.* De même on fait la suture de façons diverses. La technique que je conseille et que, dans ce qu'elle a d'essentiel, je suis depuis dix ans est la suivante : incision abdominale, attraction en avant de tout l'utérus et occlusion provisoire, au-dessus de l'utérus, de l'incision au moyen de pinces. Alors, recherche de la direction des ligaments ronds et palper des faces antérieure et postérieure de la matrice pour reconnaître la situation du placenta. Cette recherche a-t-elle établi, avec beaucoup de probabilité, que le placenta est en arrière,

incision de la paroi antérieure, et *vice versa*. Le siège du placenta est-il resté douteux, incision sur la partie médiane du fond de l'organe. L'incision intéresse-t-elle en avant le bord du délivre, on la prolonge en arrière, et *vice versa*.

En procédant ainsi, on évite sûrement de léser le placenta sur une grande étendue. Je veux ici noter que la direction des ligaments ronds ne permet pas de tirer une conclusion absolue. Une fois elle m'a induit en erreur. Dans un cas ces ligaments étant à peu près parallèles, et supposant l'insertion placentaire en avant, j'incisai sur le fond de la matrice et intéressai le bord du placenta par l'extrémité postérieure de l'incision.

Après incision rapide de l'utérus et extraction de l'enfant, j'enlève le placenta qui, d'ordinaire, ne se décolle qu'en partie; et, immédiatement, je procède à la suture.

Tandis qu'autrefois, le délivre étant enlevé, je m'efforçais de supprimer, par le raclage de la cavité utérine au moyen de tampons de gaze, toute la caduque, je m'en suis tout à fait abstenu depuis l'année 1893, c'est-à-dire dans 20 ou 21 césariennes, parce que je partage entièrement l'opinion de Bumm pour qui la caduque réalise une protection au moins relative contre l'infection.

J'ai également renoncé tout à fait à la compression du col au moyen d'une striction élastique. Alors qu'au début nous opérions la constriction avant d'inciser l'utérus, plus tard nous n'appliquâmes le tube élastique qu'après l'extraction de l'enfant; ainsi nous pûmes réduire le temps de cette constriction à 10 ou 12 minutes. Puis, comme on avait lieu d'observer plus fréquemment un certain degré d'atonie post-partum, on substitua à la striction élastique une compression faite avec une compresse de gaze roulée en forme de lien. Dans les 17 dernières opérations césariennes j'ai abandonné ces procédés d'hémostase préventive, et réalisé la compression par les seules mains des assistants. Certes il ne m'est pas permis d'affirmer que j'ai réussi, ainsi, à supprimer tout à fait les hémorrhagies secondaires; mais elles sont devenues plus rares et moins fortes qu'à l'époque où l'on faisait la constriction élastique. Un peu

avant l'opération, on fait deux injections sous-cutanées d'ergotine, très active, de Nienhaus. Enfin le soin de réduire le plus possible la durée de la narcose, et la malaxation directe des parois utérines pendant la suture, représentent nos autres moyens préventifs contre l'atonie post-partum.

Suture : Je place 10 à 12 sutures, rarement plus, à points séparés, et de telle façon que mon aiguille, incurvée en demi-cercle, n'intéresse ni la muqueuse utérine ni le péritoine, mais prenne le plus possible de musculeuse. Les fils ne sont noués qu'après qu'ils ont été tous placés. Les sutures musculaires nouées, je fais une suture continue qui, entre deux sutures musculaires, comprend le péritoine et de nouveau la musculeuse dans son tiers externe. Pour épargner du temps, j'ai renoncé à piquer deux fois dans le péritoine pour le replier et l'adosser à lui-même.

La saisie réitérée d'une portion de la musculeuse dans la suture continue assure une plus grande sécurité pour la réunion.

Toutes les sutures sont au catgut (sublimé-alcool-catgut) ; d'ailleurs, depuis 1891, je n'emploie pas d'autre matière à suture pour toute autre espèce d'opération, abstraction faite des opérations sur l'intestin, des opérations pour fistules urinaires, et des utéro-fixations.

Nous avons fait trente opérations césariennes avec la seule suture au catgut ; et nous retirons de l'emploi du catgut l'avantage, sur les chirurgiens qui continuent à faire des sutures perdues à la soie dans la cavité abdominale, de n'avoir jamais eu de ces fistules et de ces processus suppurés qui vont avec l'usage de ces dernières.

D'autre part, nos trente opérations nous ont fait voir que les craintes d'une réunion moins solide et moins complète de la plaie utérine, avec la suture au catgut, étaient injustifiées. Dans 5 cas de grossesse nouvelle après césarienne antérieure dans laquelle on ne s'était servi que de catgut, la cicatrice avait parfaitement tenu ; et dans les cinq cas il nous fut donné de constater que la réunion de l'incision antérieure était supérieurement solide. Nous pûmes une autre fois constater pareille

solidité de la cicatrice à l'autopsie d'une femme morte des suites d'une opération pour goitre et qui, neuf mois auparavant, avait subi l'opération césarienne.

L'opération césarienne a été faite vingt-neuf fois pour rétrécissement du bassin. Ces vingt-neuf opérations concernent vingt-quatre femmes, dont nous avons accouché : une, deux fois, et deux, trois fois par l'opération césarienne.

Chez dix-sept de ces femmes (22 opérations), le bassin était rachitique. Chez beaucoup d'entre elles, il s'agissait de bassin généralement rétréci. Le conjugué vrai pour ces dix-sept bassins mesurait : 3 fois 9 à 9,5 cent. ; 8 fois 8,1 à 8,9 et 3 fois 6,75 à 8 cent. Les dimensions de trois ont été perdues. A chacun de ces trois groupes appartient une des césariennes réitérées.

Chez deux femmes il s'agissait d'un bassin généralement et régulièrement rétréci (conj. diag. 9 à 9,25) et une fois avec forme infantile (pelvis nana chez une naine idiote, conj. diag. 8 cent.).

Dans un cas le bassin était rétréci par une tumeur osseuse proéminant de la paroi pelvienne postérieure. Cette tumeur occupait une grande partie du bassin et s'étendait en avant du promontoire. Le conj. diag. qui en résultait mesurait 7,8 cent.

Dans un cas il s'agissait d'un bassin pseudo-ostéomalacique avec conj. diag. de 9 cent.

Deux fois il s'agissait d'un bassin cyphotique avec rétrécissement marqué du détroit inférieur. Dans l'un, la distance entre les épines sciatiques était de 4 à 5 cent., entre les tubérosités ischiatiques de 5 cent. Dans l'autre cas, ces mêmes distances étaient de 2,75 cent. et 4 cent.

Dans les accouchements antérieurs à l'opération césarienne ces 24 femmes à bassin rétréci avaient mis au monde 3 enfants vivants et 22 morts. Des 3 enfants vivants, l'un, sur lequel on avait fait la version podalique, mourut trois heures après la naissance. Un autre, qui était venu au monde bien avant terme, succomba bientôt, par suite de faiblesse congénitale. Un seul survécut.

Dans les accouchements qui correspondent aux 24 mort-nés, il fallut 11 fois faire la perforation et 2 fois l'embryotomie. Dans les autres cas, on fit souvent la version et quelquefois l'embryotomie.

Les 29 opérations césariennes donnèrent, avec ces mêmes femmes, 29 enfants vivants. De ces enfants, l'un né en état d'asphyxie, mourut au bout de quatorze heures; un autre deux jours après sa naissance, un troisième dans sa quatrième semaine.

A propos des enfants, je signale encore ceci : très souvent, on fut frappé du volume relativement considérable de l'enfant comparé à l'exiguïté, à la petitesse de la mère, rachitique. Vingt des enfants, dont le poids est noté, avaient un poids moyen de 3,315 gr., poids qui certainement doit être qualifié d'élevé pour des enfants issus de mères qui toutes avaient une taille bien au-dessous de la moyenne. Le contraste d'ailleurs le plus frappant venait de l'enfant de cette naine idiote, à pelvis nana, haute seulement de 111 cent. Cet enfant mesurait 45 cent. et pesait 3,000 gr. A sa sortie de l'hôpital, la mère ne pesait que 29 kilogr.

Le plus grand nombre des enfants mis au monde par l'opération césarienne criaient vigoureusement; 3 seulement naquirent en état d'asphyxie; l'un d'eux, très faible, pesant seulement 2,200 gr., mourut au bout de quatorze heures.

Sur au moins 6 enfants on observa une apnée nette après l'accouchement. On a, sur un de ces cas, noté ceci : l'enfant, un garçon de 2,950 gr., avait, immédiatement après sa naissance, une fréquence du pouls de 120; 1/4 de minute après il fit une inspiration tout à fait superficielle, non bruyante; 1/2 minute après survenait une seconde inspiration plus profonde; 1/2 minute encore après, une troisième inspiration, celle-ci s'accompagnant d'un vagissement faible, perceptible. Après seulement il cria vigoureusement.

Si l'attention était dirigée davantage sur ce point, on constaterait plus souvent de l'apnée chez les enfants mis au monde par l'opération césarienne.

Résultats de l'opération césarienne pour les mères : Les

29 opérations furent suivies 27 fois de guérison; 2 opérées moururent et les 2 fois il s'agissait de femmes ayant subi pour la première fois la césarienne. Les 2 moururent de septicémie. Le premier cas remonte à l'année 1888. Commit-on dans ce cas des fautes contre l'antisepsie, quelle fut l'origine de l'issue malheureuse? Le fait n'a pas été éclairci. Dans le second cas, où l'opération fut faite, en ma présence, par un de mes assistants, l'autopsie de la femme, morte de péritonite 4 jours après l'opération, montra trop clairement la cause du décès : Il y avait dans le Douglas une volumineuse compresse de gaze.

Les opérées guéries présentèrent pour le plus grand nombre des élévations thermiques. Chez 22 accouchées, 4 fois seulement la température ne dépassa jamais 38°. Chez 8, elle ne s'éleva pas au-dessus de 38°,5 ; chez 8 encore, pas au-dessus de 39°. Mais chez deux, elle monta jusqu'à 39°,5 et 39°,6.

Mais, toujours, on eut l'impression qu'il s'agissait d'une fièvre indépendante de toute infection septique. Les opérées se sentaient bien et présentaient à peine des symptômes de péritonite limitée. Le bien-être général contrastait particulièrement avec la haute fréquence du pouls, qui n'était pas en harmonie avec la température, allait souvent jusqu'à 120 et plus, et, en quelques cas seulement, trouvait son explication dans la perte de sang.

Dans les césariennes faites à nouveau sur 3 femmes, on constata que d'ordinaire l'utérus adhérait à la paroi abdominale antérieure, et parfois sur une assez grande étendue. Et même, dans les cas où l'on n'eut pas l'occasion de mettre en évidence, dans une nouvelle césarienne, cette adhérence à la paroi abdominale, il fut possible, souvent, au moment de la sortie de la malade, de la constater par le palper.

Que ces adhérences ne soient pas incompatibles en général avec l'évolution de la grossesse jusqu'à terme, c'est là un fait bien connu déjà des anciens accoucheurs et particulièrement intéressant en considération de l'opération de la ventro-fixation.

Je laisse indécis le point de savoir si les états pyrétiques légers qu'on observe si fréquemment après l'opération césa-

rienne sont en rapport avec ce processus de péritonite adhésive. Les sutures nombreuses à points séparés et les nœuds — quelle que soit d'ailleurs la matière à suture — qui sont sur la face antérieure de l'utérus sont assurément bien susceptibles — étant donné le large adossement de celle-ci à la paroi abdominale (souvent ventre en besace) — de provoquer, même en l'absence de toute infection septique, une péritonite adhésive.

*
* *

Si après cela on considère à nouveau comment sont posées les indications de l'opération, il semblera surprenant que, depuis longtemps, on ne publie pas plus de résultats de l'opération césarienne dans les grandes cliniques de tout pays. A mon avis, le cercle des indications de l'opération césarienne reste, dans la plupart des cliniques, aujourd'hui plus restreint qu'il ne faut. En ce qui concerne les Maternités allemandes, celles de Dresde et de Leipzig fournissent une ample expérience.

A Leipzig, Zweifel, il y a déjà nombre d'années, n'avait eu qu'un décès sur vingt-deux opérations. Je ne sais si, à l'heure actuelle, il a substitué totalement la symphyséotomie à la césarienne, abstraction faite bien entendu des sténoses pelviennes extrêmes, ou bien si, dans les cas de rétrécissement modéré, il ne fait pas tantôt l'une tantôt l'autre de ces deux opérations.

Léopold a, également, fait la césarienne dans un grand nombre de cas, et, en réalité, avec de très bons résultats. Je crois, sous le rapport des indications, penser tout à fait comme lui.

Qu'on réfléchisse que les conditions de l'indication absolue, indication en vertu de laquelle l'opération n'était faite autrefois que dans l'intérêt de la mère, sont tout autres que jadis.

Dans beaucoup de cas, en effet, où jadis il ne pouvait être question que d'indication relative, l'indication est à l'heure actuelle absolue par la raison que la césarienne est devenue

moins dangereuse pour la mère que l'accouchement par la filière pelvienne, même avec sacrifice de l'enfant. A la vérité on tiendra quelque peu ou même beaucoup compte de certaines conditions extrinsèques : de l'état de la parturiente au moment où elle se présente à notre traitement. On ne fera jamais l'opération césarienne classique sur une femme sûrement infectée, sans, tout au moins, la faire suivre de l'extirpation totale de l'utérus.

La décision à prendre dépend, en outre, beaucoup de cette circonstance : la parturiente à traiter est-elle dans un de ces établissements où les laparotomies peuvent être exécutées sous le couvert de toutes les précautions nécessaires contre la septicémie.

Depuis longtemps ma conviction est faite qu'il faut étendre les limites de l'opération césarienne non seulement dans l'intérêt de l'enfant, mais dans l'intérêt des parturientes.

Si je résume ce que j'ai voulu dire dans ce qui précède, voici les propositions qui en découlent.

1° Étant donnée la sûreté, à l'heure actuelle, attachée à l'opération césarienne sans diminution parallèle des dangers des autres opérations obstétricales, les limites de l'indication absolue de cette opération dans les sténoses pelviennes se sont notablement étendues ; l'indication absolue existe aujourd'hui là où, jadis, il ne pouvait être question que d'indication relative.

2° De même, pour les mêmes raisons, le cercle de l'indication relative mérite d'être agrandi, avec cette réserve de tenir bien compte des conditions extrinsèques de chaque cas.

3° Pour les mêmes raisons, nous devons actuellement, en présence de certains états pathologiques — éclampsie, néphrite aiguë quand elle se complique de dyspnée menaçante, affections valvulaires en cas de suffocation imminente, etc. — pratiquer l opération césarienne, quand on ne peut, facilement et tôt, faire l'accouchement par une autre voie.

Discussion.

LÉOPOLD (Dresde)

Les rétrécissements du bassin étant fréquents en Saxe, Léopold a eu, en quatorze années, l'occasion de faire 93 fois l'opération césarienne, soit : 67 conservatrices et 26 avec extirpation de l'utérus (opération de Porro). Il y a eu indication absolue plus souvent dans les cas où l'opération de Porro a été pratiquée que dans les autres (30,8 p. 100 et 14,4 p. 100). Léopold se sert encore du lien élastique, mais ne l'applique qu'après extraction de l'enfant, et le laisse moins longtemps en place, deux à trois minutes seulement quand cela est possible. Il déduit le siège du placenta de la situation des ligaments ronds. On peut, d'après lui, étendre les indications de l'opération césarienne; toutefois il pense que l'accouchement prématuré artificiel reste plus à la portée du praticien. Il ne tient pas l'opération pour aussi simple que l'a dit Olshausen. Sur 93 opérées, il en a perdu 8 — soit 8,6 p. 100.

DE OTT (Pétersbourg).

Une intervention précoce assure de meilleurs résultats qu'une expectation prolongée; aussi ne faut-il pas attendre l'apparition des contractions. Il rejette toute hémostase préventive, parce qu'elle a comme effet, ainsi que le démontrent les expériences sur les animaux, d'influer défavorablement sur les contractions de l'utérus. Il repousse même la compression manuelle du col de la matrice et n'admet que la compression des artères dans l'épaisseur des ligaments. Il ne redoute pas l'incision du placenta parce que les sutures consécutives ont l'avantage de comprimer efficacement l'aire placentaire. Il se sert toujours de soie fine pour les sutures.

CAMERON et ZWEIFEL

prennent part à la discussion. Le dernier a, en dix ans, fait 55 césariennes avec un décès. A son avis les dangers de cette opération sont plus grands que dans la symphyséotomie (1).

Séance du 21 août (soir).

Présidents: Spencer, A. Martin, Hermann, Budin.

Le début de la séance est consacré à diverses communications qui n'ont pu trouver place dans la séance du matin.

(1) Voyez *Annales de Gynécologie*, octobre 1897.

1° LÉOPOLD

SUR LA FORMATION DE L'ESPACE INTERVILLEUX DANS LE PLACENTA

Léopold annonce que, grâce à de nouvelles recherches, il a pu dégager les conditions qu'il n'avait pu indiquer au Congrès de Leipzig, grâce auxquelles l'œuf par ses villosités bénéficie de très bonne heure du sang maternel. Au niveau des anses terminales des petites artères qui affleurent jusqu'à la surface de la muqueuse utérine existent toujours de petites dilatations disposées très régulièrement. Les villosités, en se développant, heurtent contre ces dilatations et en érodent l'épiderme. Déjà au bout de 8 à 10 jours, le réseau vasculaire s'est ouvert dans ces lacunes superficielles et l'inondaiion de l'espace intervilleux par le sang maternel est effectuée.

2° LA TORRE (Rome).

SUR UNE NOUVELLE CLASSIFICATION DES BASSINS VICIÉS

Les classifications adoptées jusqu'ici sont indépendantes de la forme du bassin. Le plan du détroit supérieur peut être ovale, triangulaire ou affecter une forme atypique. La forme la plus fréqnente est l'ovalaire ; elle peut provenir du raccourcissement des diamètres droit, oblique et transverse. En conséquence, on peut classer d'une manière pratique les bassins anormaux comme suit : *a*) bassin *transverse-ovalaire* (diamètre antéro-postérieur raccourci), se rencontre dans les cas d'arrêt de développement, de ramollissement simple ou rachitique des os pelviens, de luxations coxa-fémorale bilatérales ; *b*) bassin *oblique-ovalaire* (un des diamètres obliques raccourci), dans les cas de développement défectueux d'une des symphyses sacro-iliaques, d'affections d'une des extrémités inférieures, et de scoliose ; *c*) *droit-ovalaire* (diamètre transverse raccourci), dans les cas de développement défectueux de tout le bassin, des deux articulations sacro-iliaques, dans la cyphose et le spondylizème ; *d*) *trian-*

gulaire (plusieurs diamètres raccourcis), dans les cas d'altérations rachitiques profondes, dans l'ostéomalacie; *e*) *atypique* (plusieurs diamètres raccourcis). Altérations simples ou complexes de la colonne vertébrale, altérations scolio-rachitiques, cypho-rachitiques, suppurations et fractures de la colonne vertébrale ou du bassin, ouverture de la symphyse des pubis.

La quatrième question à l'ordre du jour est:

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PÉRITONITE

Rapporteurs : v. WINCKEL, CRESTOVITCH.

1° Rapport de F. v. Winckel (Munich) (1).

Déjà, en l'année 1792, Peter FRANCK formula cette proposition « *abcessus in peritonæo ad abdominales musculos exorti matura sectione ne a pure interiora lædantur ac ne fistulæ rebelles generentur, operiendi sunt* ». Il m'est absolument impossible de partager l'opinion de KAISER (2) que, dans cette proposition, l'auteur n'ait entendu parler que de l'empyème de la paroi abdominale. L'expression *in* peritonæo et *ad* c'est-à-dire dans le voisinage des muscles de la paroi abdominale, employée par un clinicien de la valeur de Franck, est bien trop précise ; pour accepter une interprétation comme celle de KAISER il eût fallu que Franck eût dit *ad* peritonæum et *in* musculis. En outre, A. G. RICHTER, la même année, avait donné le même conseil à propos des soi-disant métastases laiteuses de la cavité abdominale lorsqu'il disait : « *ici, il s'agit simplement d'évacuer ce liquide ; l'opération est l'unique et nécessaire moyen de guérir complètement la maladie* ».

Mais l'on tenait pour trop dangereuse l'ouverture du péritoine par une large incision et, durant les dix années qui sui-

---

(1) Ce rapport nous a été adressé *in extenso* par M. Winckel. (H. V.)

(2) F. F. KAISER. *Die operative Behandlung der Bauchempyema.* Fribourg, 1875.

virent, on se borna la plupart du temps à pratiquer la paracentèse abdominale et à faire une incision — en général au niveau de l'ombilic — dans les cas d'empyème péritonéal de nécessité, c'est-à-dire quand le pus était sur le point de rompre la paroi.

Les documents bibliographiques relatifs à la question ont été déjà rassemblés par F. F. Kaiser. Ils consistent en 15 cas de guérison après ouverture artificielle d'empyème abdominal avec, en opposition, *un* seul cas à issue malheureuse. L'intervention eut lieu du seizième au soixante-quinzième jour :

4 fois à travers le nombril,
1 » » le vagin,
1 » » l'intestin,
10 » » la ligne blanche,

avec un des instruments suivants : aiguille, bistouri, lancette, trocart, aspirateur.

Kaiser avait également recueilli dans la littérature médicale un certain nombre de cas dans lesquels la guérison avait eu lieu à la suite de l'ouverture spontanée de l'exsudat péritonéal, dans un intervalle de temps qui variait de plusieurs semaines à une année. Si le nombre des guérisons de cette espèce et des guérisons obtenues grâce à l'intervention de l'art et citées précédemment paraît extrêmement élevé par rapport à la totalité des cas *a*) 14 sur 17 et *b*) 15 sur 16, soit près de 90 p. 100, il ne faut pas oublier qu'évidemment beaucoup de ces faits n'ont été publiés qu'en raison de l'issue heureuse ; le nombre des cas malheureux de même nature, qui sont restés inconnus, est peut-être beaucoup plus grand. Et l'on ne peut qu'arriver à cette conviction si l'on considère les résultats de quelques chirurgiens très habiles, qui ont eu à traiter une quantité considérable de cas cette espèce, par exemple ceux de W. Koerte (1).

Ces faits nous enseignent qu'il existe au point de vue opéra-

(1) Koerte. Chir. Behandl. d. eitr. Peritonitis. XXI deutsch Chirurg. Congress. 1892-93 u. 1897. *Munch. med. Wochensch.*, 456, 27/4.

toire une différence très grande, eu égard à la gravité du pronostic, entre les cas d'empyème péritonéal de nécessité et ceux de péritonite suppurée, diffuse, non encapsulée. Dans les premiers, pas un médecin probablement ne s'avisera, à l'heure actuelle, de prendre tôt le bistouri.

Mais on a de plus en plus reconnu dans ces derniers temps que *l'obligation* s'impose *de traiter surtout chirurgicalement même la péritonite généralisée*, qu'elle soit séreuse, séro-fibrineuse, franchement suppurée ou même qu'elle contienne un exsudat avec du pus sanieux. Déjà, en 1882, Anton Schmidt (1) disait nettement et formellement : « En général on peut comparer un exsudat péritonitique suppuré à un exsudat pleurétique, bien que, dans la cavité abdominale, les conditions anatomiques soient plus complexes que dans la cavité thoracique. Conditions plus complexes encore dans la péritonite suppurée, puerpérale.

« Toutefois, ces deux espèces de collections de produits exsudés doivent en somme être considérées comme des abcès et traitées de même. *Une intervention chirurgicale est donc non seulement de mise, mais absolument indiquée* et doit, s'il n'existe pas d'autre complication, amener la guérison. » Ce sont là les termes d'un chirurgien exercé. — Une année plus tard, L. Tait (2), le célèbre gynécologiste anglais, déclarait : « en règle générale, il faut évacuer le pus de la cavité abdominale comme on l'évacue des autres cavités suppurées. Le médecin est-il dans le doute, et la vie de la femme est-elle en danger, le premier doit faire une incision exploratrice, et guider sa conduite ultérieure d'après les renseignements fournis par cette opération préalable. *Cela s'applique aussi bien au traitement chirurgical de la fièvre puerpérale* ». L'américain Price (3), de Philadelphie, réclamait, en 1890, *l'opération précoce dans la péritonite suppurée, diffuse*, comme l'unique moyen de sauver

(1) A. Schmidt. *Cent. f. Chirurg.*, 1882, p. 772.

(2) L. Tait. *British med. J.*, 1883, n° 1155.

(3) Price. *Philadelphia med. News*, 1890, 9 août.

la vie menacée et il visait les femmes atteintes d'accidents puerpéraux. V. LEYDEN (1), *le clinicien des maladies internes*, demandait expressément, dès 1884, aux chirurgiens s'il n'était pas possible d'attaquer chirurgicalement la péritonite. Enfin ajoutons qu'en 1891 A. E. LAWRENCE (2), se basant sur trois observations de fièvre puerpérale à évolution malheureuse, s'exprimait ainsi : « My opinion is, that when under circumstances like i have detail in my case, there is no sufficient cause to be found by a vaginal examination and then the symptoms persist in spite of washing out the uterus, antipyretics, etc., *then the abdomen should be opened by a small incision just enough to pass in two fingers* which should rapidly be passed into the sides of the abdominal cavity and a tube be carried in and a good stream of warm boracic lotion allowed to run in by means of a siphon apparatus and to thoroughly wash out the abdominal cavity in the manner well known to all who practise abdominal surgery. »

Le Dr Murphy (3) déclara se rallier aussi tout à fait à cette proposition et ajouta qu'il ne connaissait pas de question en obstétrique qui fût dans un état aussi peu satisfaisant, et qui eût une importance vitale plus grande. Il exprima, au même moment, son intention d'appeler la discussion sur ce sujet au congrès de Rome.

J'ignore pourquoi cela ne se fit pas à Rome ; en tous cas on ne trouve rien dans les actes de ce congrès sur cette importante question. Mais elle figura à l'ordre du jour du congrès international de Moscou, et l'auteur de ces lignes fut chargé de faire un des rapports sur ce thème. Comme la question est réservée aux discussions de la section de gynécologie, elle doit sans doute concerner la *péritonite ayant son origine dans les organes génitaux féminins*. En conséquence nous n'envisagerons que celle-là. Mais pour arriver à des indications nettes et

---

(1) E. V. LEYDEN. *Deutsch. med. Wochensch.*, 1884, n° 17.

(2) A. E. LAWRENCE. *British med. J.*, 1891.

(3) MURPHY. *British med. J.*, 1891.

à des règles de conduite précises, il nous faut subdiviser cette inflammation péritonéale, d'après ses conditions étiologiques,en 5 groupes, savoir : a) *péritonite puerpérale*, b) *péritonite post-opératoire*, c) *péritonite tuberculeuse*, d) *péritonite gonorrhéique*, e) *par perforation*.

Assurément l'inflammation puerpérale, tuberculeuse, gonorrhéique peut, par rupture d'un abcès, aboutir à une péritonite par perforation. Mais, indépendamment de celle-là, il existe encore nombre de péritonites par perforation ayant leur point de départ dans les organes génitaux féminins et qui n'ont aucun rapport étiologique avec la tuberculose, la gonorrhée ou avec l'état puerpéral : traumatismes, torsion du pédicule, rupture de kystes dermoïdes, rupture de sacs à échinocoques, etc. Si de ces cinq espèces de péritonite nous abordons tout d'abord la *péritonite tuberculeuse*, c'est parce que la plupart des auteurs sont déjà parvenus à un certain accord, non seulement sur l'indication à une intervention chirurgicale, mais encore sur la façon de la pratiquer, et qu'en outre on possède les documents de beaucoup les plus nombreux sur les résultats opératoires obtenus dans cette maladie. Jusqu'en 1893, d'après la statistique de Rörsch (1), on avait déjà fait dans 358 cas de telles opérations dont 253 = 70 p. 100 auraient été suivies de guérison.

118	observées	pendant	plus de	6 mois
78	»	»	»	1 an.
53	»	»	»	2 ans.

et 83 = 30 p. 100 auraient été suivies de mort, celle-ci étant survenue,

20 fois peu après l'opération,

10 fois par péritonite septique,

53 fois tardivement par tuberculose chronique.

Plus favorables apparaissent encore les résultats si nous envisageons les 253 cas de péritonite tuberculeuse opérés par

(1) ROERSCH. *Revue de chirurg.*, 1893.

les membres de la « Société de chirurgie italienne », publiés par Margarucci (1).

Des 253 opérées, 216 = 85 p. 100 auraient guéri et seulement 37 = 15 p. 100 auraient succombé. De celles-ci, 7 aux suites directes de l'opération, 8 de complications surajoutées et 22 seulement après un long intervalle de temps. Des 216 guérisons, 67 se maintenaient déjà depuis plus d'une année, plusieurs depuis 3 à 6 ans. Les résultats les meilleurs furent obtenus dans les cas de péritonite séro-suppurée récente ; les moins satisfaisants dans la péritonite tuberculeuse, suppurée, diffuse. *Toutefois ces données n'ont pas été soumises à un contrôle rigoureux.* Déjà, avec raison, Jordan (2) avait fait la remarque que la guérison clinique et la guérison anatomique n'étaient pas toujours choses synonymes ; et l'auteur lui-même a observé plusieurs cas dans lesquels le résultat, pendant des années, avait paru favorable, et où, pourtant, la maladie s'était de nouveau manifestée.

Jordan a également raison quand il déclare qu'on n'est autorisé à affirmer la guérison définitive qu'après une observation de nombreuses années ; et, pour moi, j'estime qu'une *période de cinq ans* n'est pas, à ce point de vue, excessive. Aussi, en réalité — et malheureusement la même remarque s'applique à un grand nombre de résultats opératoires annoncés dans ces derniers temps — la plupart de ces faits *sont publiés beaucoup trop tôt après l'opération* (Rörsch, 118 sur 253 déjà après 6 mois !) *pour être en droit de parler de guérisons définitives.* Une autre objection qu'on est en droit de faire est celle-ci : que *probablement beaucoup des opérées n'étaient pas atteintes de péritonite tuberculeuse, mais de péritonite granuleuse simple.* Comme fondement de cette appréciation, reportons-nous au cas observé par Henoch (3) et opéré par Bardeleben : une fillette de 5 ans tomba d'un escalier et, peu après, eut de l'ascite et un exsudat

(1) Margarucci. *Cent. f. Chirurg.*, 1895, p. 660.
(2) Jordan. *Cent. f. Chirurg.*, 1895, p. 660.
(3) Henoch. *Berl. klin. Wochensch.*, 1890, n° 28.

pleural. Le 5 février 1891 on retira par la ponction abdominale 1,150 grammes de liquide; la pleurésie disparut; le 23 février, deuxième ponction, qui donna 1,200 grammes de liquide, dans lequel on ne trouva pas un seul bacille de la tuberculose. Le 16 mars, troisième ponction et évacuation de 2,800 grammes de liquide; et alors seulement, fin mars 1891, laparotomie par Bardeleben.

Le péritoine était vivement injecté, épaissi, et infiltré de nombreuses nodosités du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, offrant à l'examen macroscopique l'aspect de tubercules. Or ces nodosités étaient constituées par de simples granulations et du tissu connectif; elles ne renfermaient pas un seul bacille. La patiente était après deux mois « *cliniquement* » guérie.

Henoch fit à l'occasion de ce fait la remarque justifiée que *beaucoup* de ces péritonites, favorablement influencées par la laparotomie, pourraient bien être de simples péritonites et non des péritonites tuberculeuses.

Peu de temps après, Küster (1) allait beaucoup plus loin et déclarait que « *toutes* » (?) les femmes opérées pour tuberculose péritonéale et guéries n'avaient pas, en réalité, été atteintes de tuberculose du péritoine, mais d'une autre phlegmasie exsudative, chronique, non bacillaire. Et, à la vérité, dans le cas que j'ai opéré et guéri, et qui se maintient guéri depuis plus de 6 ans, *il n'est pas absolument sûr* que les nodosités du péritoine fussent tuberculeuses.

Également dans les 2 cas de Kurz (2) qui, après un intervalle de 1 et 3 ans, paraissaient être des guérisons définitives, il s'agissait *non d'une péritonite tuberculeuse,* mais d'une *péritonite nodulaire* (nodosa).

Toutefois il serait excessif de rejeter, sans enquête complémentaire, comme non tuberculeux tous les cas guéris par la laparotomie. Contre une telle prétention milite d'abord une

(1) O. KÜSTER. *Cent. f. Chirurg.*, 1892, p. 356.

(2) KURZ. *Wiener med. Presse*, 1894, n° 3.

observation de CASIVARI (1) qui, chez une femme atteinte de péritonite tuberculeuse, réséqua, au cours de la laparotomie, un fragment d'intestin grêle. Deux mois après cette femme mourait de méningite tuberculeuse; mais, à l'autopsie, on constata que le péritoine était parfaitement lisse. Casivari pense que les bacilles, dans leur passage à travers la paroi intestinale, subissent un affaiblissement de leur virulence. Quoi qu'il en soit, l'idée qu'il s'agissait bien dans ce cas d'une affection tuberculeuse est plus que vraisemblable.

Mais les recherches qu'ont faites NANNOTTI et BACIOCCHI (2) sont à ce point de vue plus importantes. Ils s'efforçaient, en premier lieu, de provoquer chez les animaux en expérience une *péritonite tuberculeuse artificielle*, puis tâchaient de la guérir par la *laparotomie et les lavages* avec de l'eau stérilisée, de la solution boriquée à 3 p. 100, ou des solutions de sublimé à 1 p. 4,000 dans des intervalles de 10, 20, 30, 60 jours. Dans les laparotomies consécutives, ils enlevaient chaque fois un fragment de péritoine. Chez les *lapins malades*, ils n'enregistrèrent que des améliorations notables, mais pas une guérison. Chez les *chiens* par contre ils obtinrent des résultats vraiment remarquables en ce sens que, quinze jours après la première laparotomie la tuberculose était déjà notablement en décroissance, et qu'après deux mois on n'en trouvait plus vestige sur le péritoine. Toutefois la question n'est pas de ce fait définitivement résolue; d'une part, en effet, on n'est pas autorisé à conclure de ce qu'on observe sur le péritoine du chien à ce qui doit se passer sur celui de l'homme, restriction que justifie d'ailleurs la seule constatation des différences notées sur le péritoine du lapin. D'autre part il n'a pas été fait des *recherches de contrôle* sur les animaux dans le but de savoir si le péritoine, affecté de tuberculose artificielle, même diffuse, n'est pas capable, sans laparotomie et sans lavages, de guérir rapi-

(1) CASIVARI. *Cent. f. Chirurg.*, 1894, p. 493.

(2) NANNOTTI et BACIOCCHI. *Riforma medica*, 1893, 21 juin; *Cent. f. Chirurg.*, 1893, p. 690.

dement et par ses seules forces. Hypothèse d'autant moins téméraire qu'il existe des cas de guérison de péritonite suppurée, diffuse même, en dehors de toute intervention chirurgicale — d'après Korte (1), presque dans la proportion de 21,4 p. 100.

En outre il y a lieu peut-être de considérer comme beaucoup moins grave une péritonite artificielle, provoquée expérimentalement, sans préparation préalable, c'est-à-dire sans amoindrissement de la puissance de résistance du péritoine, que, par exemple une péritonite septique, diffuse, survenue après le travail de l'accouchement, dans laquelle, indépendamment des lésions locales, d'autres conditions telles que la laxité, l'hyperhémie du péritoine, l'imbibition antérieure et l'état hydrémique du sang, favorisent une agglomération rapide des germes éventuellement introduits, leur assurent une nourriture abondante, et leur constituent en tous cas un excellent terrain de culture.

Les résultats de l'expérimentation n'étant donc pas exempts de reproches, il y avait lieu d'accorder une grande force de démonstration à un cas récemment publié par Nélaton (2) : Terrillon avait, en 1891, pratiqué la laparotomie sur une jeune femme pour une péritonite tuberculeuse; l'opérée resta consécutivement bien portante quatre ans. Puis survinrent des crises de coliques, et l'on constata deux sacs tubaires volumineux. Une seconde laparotomie fut faite, et l'on enleva les deux trompes grosses chacune comme une poire. La guérison fut complète en quinze jours. Comme on trouva dans le pus tubaire de nombreux bacilles, alors que le péritoine était entièrement sain, il paraîtrait particulièrement forcé, excessif de prétendre que dans la péritonite opérée en 1891 il n'existait aucun bacille tuberculeux parce que, à cette époque, leur présence n'avait pas été formellement notée.

On distingue, nous le savons, *diverses formes de péritonite*

---

(1) W. Korte. *Münch. med. Wochensch.*, 1897, 27/4, p. 456.

(2) *Annales de gyn. et d'obst.*, août 1896, t. 46, p. 122.

tuberculeuse ; on a essayé d'expliquer par cette diversité la différence dans les résultats de la laparotomie. On disait par exemple que dans la péritonite tuberculeuse sèche, l'incision ne pouvait être utile parce qu'on ne pouvait retirer que peu ou même pas de liquide exsudé (Cecherelli) (1); on pensait en outre que les meilleurs résultats correspondaient aux exsudats récents, séro-purulents, et les plus mauvais aux formes suppurées diffuses (Margarucci). L'appréciation de Kœnig (2) s'élève contre ces opinions. D'après lui, *toutes* les formes de la péritonite tuberculeuse peuvent être guéries par l'intervention chirurgicale. De même Jordan (*l. c.*) déclare que la péritonite tuberculeuse sèche est, elle-même, curable; que la cœliotomie permet la libération des adhérences et favorise la résorption des exsudats. Par contre Truc (3), dans son œuvre de compilation, soutint cette thèse que, dans la péritonite tuberculeuse chronique, *seul l'exsudat suppuré, qui la plupart du temps est encapsulé, réclame un traitement chirurgical*; et Cecherelli (*l. c.*) arrive à cette conclusion que *l'incision est seulement indiquée dans les ascites tuberculeuses enkystées* et que, dans les cas d'exsudation libre, la paracentèse, suivie d'un léger lavage suffit.

Cette prétendue action curative d'une simple incision, avec évacuation d'une partie du liquide abdominal, sur les innombrables bacilles tuberculeux restés dans la cavité abdominale paraît très problématique à beaucoup d'auteurs. Ils soutiennent que toutes les théories imaginées jusqu'à ce jour pour expliquer ces effets restent insuffisantes (Kœnig, Jordan). Ils soutiennent en particulier aussi que tous les moyens antibacillaires employés ne paraissent avoir aucune action favorable (Kœnig), que même il faut vivement conseiller d'éviter, après l'incision, toute irritation du péritoine (Margarucci). Également protestèrent

---

(1) Cecherelli. *Verh. d. italien. chir. Gesellschaft.*, 16. — 18./4. 189. Bologne.

(2) Kœnig. *Cent. f. Chirurg.*, 1890, p. 657.

(3) Truc. Résumé in *Cent. f. Gyn.* 1877, p. 304.

les auteurs qui s'étaient trouvés à même de faire des recherches anatomiques sur les organes guéris. Car Mazzoni (*l. c.*) trouva, dans les opérations pour récidives, autour des tubercules, une exsudation inflammatoire, et, dans l'intérieur, l'apparition d'un tissu connectif jeune, riche en vaisseaux ou une dégénérescence kystique ; d'après Urso (1) il se fait, dans la guérison par la laparotomie, une invasion de leucocytes qui détache la zoneé pithéliale, amène une néoformation vasculaire jusque dans le centre du tubercule, et substitue à celui-ci un tissu inflammatoire jeune. Par contre Gassé (2) déclare que la guérison de la tuberculose ne s'opère pas par un enkystement connectif, et que l'anneau connectif délicat qui entoure le tubercule ne se rencontre pas seulement sur les animaux opérés avec succès, mais aussi sur ceux chez lesquels l'opération a complètement échoué. Quoi qu'il en soit, la laparotomie agit dans un sens curatif par l'évacuation d'une grande portion du liquide virulent, comme un lavage de l'estomac dans une intoxication aiguë ; elle agit également par la libération en quelque sorte des vaisseaux et, consécutivement, par une facilité plus grande de la circulation et de la respiration, enfin par l'excitation du péritoine dont la puissance de résorption est exaltée *au maximum*. L'action de la lumière joue-t-elle ici un rôle important, le fait reste plus que douteux. On ne peut pas non plus admettre comme démontrée l'opinion de Nolen (3) que c'est l'action de l'air qui produit la guérison. Nolen croit avoir guéri deux cas par la ponction du ventre, l'évacuation du liquide et l'insufflation à travers de l'ouate stérilisée d'air porté à la température du corps (passage à travers de l'eau à 45° ou 50°), et qu'après un certain temps on retirait le plus complètement possible ; un troisième cas traité de même façon avait été suivi de mort après 1 mois 1/2. Il est au moins douteux que les innombrables granulations disséminées sur le péritoine soient atteintes par ce

(1) D'Urso. *Cent. f. Chirurg.*, 1894, p. 115.

(2) Gassé. *Cent. f. Chirurg.*, 1894, p. 578.

(3) Nolen. *Nederl. Tydschr. u Gene.*, 1893, n° 23, résumé in *Cent. f. Chirurg.* 1895, p. 312.

procédé, c'est-à-dire soient réellement guéries par le contact de l'air, parce qu'il est assurément plus difficile à l'air d'entrer en contact avec toutes les parties du péritoine qu'à un liquide injecté.

Il résulte de tout cela qu'on ne tient pas encore une explication en tous points satisfaisante de l'action de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse et granuleuse (knötchen-peritonitis); il reste incontestable que, par ce procédé chirurgical. l'état des malades dont il s'agit peut être notablement amélioré, qu'ils *peuvent* même guérir, et aussi que *l'intervention est relativement bénigne par rapport à la gravité de l'affection* (König, mortalité 3 p. 100; Margarucci, 2 p. 100).

En conséquence nous avons maintenant à déterminer où et comment s'applique au mieux l'intervention chirurgicale, et ce que doit être le traitement consécutif.

En ce qui concerne le *lieu d'élection* de l'incision, presque tous les auteurs reconnaissent qu'il doit être sur la ligne médiane de la paroi abdominale antérieure, au-dessous du nombril. Maintes fois on a constaté que la paracentèse simple, avec évacuation du liquide exsudé, ne suffit pas à amener la guérison du processus : toujours, alors, et à bref intervalle, du liquide se reproduit qui nécessite une nouvelle ponction (Henoch, Leyden, etc.). Comme l'incision ne doit pas être trop petite, d'autant plus qu'on n'est pas en droit de dénier absolument toute influence curative à la lumière et à l'air, il faut qu'elle mette au moins bien en vue une grande partie des organes abdominaux et pelviens, et qu'elle permette d'évacuer le plus possible les liquides exsudés. Elle sera donc longue de 8 à 10 centim. au moins. Le plus grand nombre des opérateurs, en conséquence, font, suivant la proposition de Kœnig, une incision abdominale *grande*. Le seul auteur de ces derniers temps qui ait conseillé de recourir dans les cas de péritonite tuberculeuse à l'incision vaginale est Condamin (1). Il la pratiqua dans un cas sur une femme de 28 ans, atteinte de

(1) Condamin. *Province méd.*, n° 21, 1895.

salpingo-oophorite bilatérale et de pelvi-péritonite, et fit successivement l'extirpation des annexes malades et le tamponnement. Mais la femme ne guérit pas et ne fut pas notablement améliorée. *Ce procédé d'ailleurs n'est pas à conseiller*, parce qu'en procédant par en bas le chirurgien n'a pas le champ opératoire aussi bien en vue que lorsqu'il opère par en haut ; que de plus, en raison des fortes adhérences des annexes malades avec la vessie, l'utérus et l'intestin, il est impossible d'éviter aussi sûrement les lésions ; enfin l'hémostase est très difficile, et l'évacuation des liquides exsudés dans les parties supérieures à peine possible.

Beaucoup de chirurgiens se bornent actuellement à cette évacuation et referment la plaie (Mazzoni) (1) ; mais le plus grand nombre s'efforcent de rendre la guérison plus sûre par des interventions spéciales sur les organes malades, par des résections partielles de ces organes faites d'en haut. Ainsi, dans environ 80 cas sur les 120 cités par Kœnig, on appliqua des substances antiseptiques sur les organes abdominaux : thymol, salicol, sublimé, acide phénique, iodoforme, soit sous forme sèche — l'auteur dans chacun de ses cas employa une quantité modérée d'iodoforme — ou bien sous forme de solutions qui furent utilisées soit pour des lavages, soit pour des badigeonnages de l'intestin ; par exemple Triconci (2) se servit d'un mélange à 10 p. 100 de teinture d'iode et de glycérine. Or, dans l'ensemble, les résultats de cette pratique ne sont pas particulièrement favorables. Car Kœnig (*l. c.*) dit : à ce qu'il semble, beaucoup plus de ventres guérissent sans désinfectants ; et Margarucci (*l. c.*) conseille d'éviter les lavages abondants et toute irritation du péritoine. Le seul argument favorable qu'on pouvait invoquer en faveur de l'emploi de semblables moyens est celui des résultats expérimentaux obtenus sur les chiens par Mannotti et Baciocchi qui, à la suite des

---

(1) Mazzoni. *Cent. f. Chirurg.*, 1896, p. 115.
(2) Triconci. *Cent. f. Chirurg.*, 1896, p. 115.

lavages avec de l'eau stérilisée et de la solution à 3 p. 100, enregistrèrent de très beaux succès.

Pour nous, la question de savoir s'il est préférable d'user encore de ces moyens ou de les abandonner reste indécise.

D'abord il faut se garder de se faire trop vite un jugement sur l'examen des statistiques, et de se prononcer trop précipitamment pour telle ou telle méthode à cause d'une simple différence dans le pourcentage de la mortalité en faveur de l'une ou de l'autre. Et pour se rendre bien compte de la nécessité d'une pareille circonspection, il suffit de se souvenir qu'on tint jadis longtemps pour supérieure, pour préférable la méthode d'enclavement du moignon utérin, après amputation de l'utérus myomateux, dans l'angle inférieur de la plaie (traitement extra-péritonéal), tandis qu'à l'heure actuelle, grâce aux perfectionnements apportés dans la confection du moignon, la méthode du pédicule perdu est devenue tellement de règle que l'autre méthode est encore à peine employée, et qu'elle semble avoir reçu de sa rivale le coup de grâce. Il est vrai qu'il ne viendra à l'idée de personne qu'avec le thymol, l'acide phénique, l'iodoforme, le sublimé, la teinture d'iode glycérinée, on atteint directement les innombrables et petites granulations, et qu'on peut détruire les bacilles qu'elles renferment. Toutefois on ne peut affirmer que ces agents n'amènent pas une certaine diminution de la suppuration, n'opèrent pas une certaine destruction des produits toxiques et, d'autre part, qu'ils n'exaltent pas la puissance de résorption du péritoine et qu'indirectement ils ne puissent agir sur les points avec lesquels ils n'entrent pas en contact, de même qu'on voit parfois, à la suite d'une excision partielle d'un éléphantiasis de la vulve, portant sur un seul côté, l'affection s'atténuer, guérir du côté non touché. Il reste au moins acquis qu'ils n'ont pas nui, et pour cette raison *nous devons encore poursuivre des recherches de contrôle dans des cas exactement observés, aussi bien chez les animaux que chez les femmes malades*. Toutefois nous devons déconseiller comme trop dangereux l'acide phénique, le sublimé et les grandes quantités d'iodoforme. Quand le point de départ de la tubercu-

lose péritonéale — et c'est le cas dans la tuberculose issue des organes génitaux féminins — est dans un foyer déterminé, qu'on peut l'y constater, dans les trompes par exemple, et que celles-ci, comme dans le cas publié par Nélaton, forment des poches isolables, il va de soi qu'il faut les enlever à seule fin de prévenir une récidive. Lorsqu'au contraire le foyer originel reste enfoui au milieu d'adhérences considérables avec les organes voisins, ovaires, utérus, intestin, vessie, mieux vaut renoncer à son extirpation. D'après les données de Margarucci (*l. c.*), il faut même ne pas toucher aux adhérences, si ce n'est dans les cas d'occlusion de l'intestin ou au cours d'une intervention dirigée contre un organe malade.

Tous les auteurs sont également d'accord sur ce point que, abstraction faite de quelques cas très rares (Margarucci, ulcérations de l'intestin), *il ne faut*, à la suite de ces incisions, faire *aucun drainage*. Mieux vaut fermer complètement la plaie par étages, le péritoine malade étant suturé isolément.

Dans 3 p. 100 des cas, il y a nécessité de refaire l'opération; celle-ci peut être faite au niveau de l'ancienne cicatrice (Mazonni après 8 et 13 mois, Nélaton après six ans, Winckel après deux, trois et quatre années). Il s'agit, en général alors de cas incurables; toutefois, on peut par une seconde, une troisième opération, procurer des améliorations notables, parfois même assurer la guérison (Terrillon, Nélaton).

Le *traitement consécutif* est exactement le même qu'après l'ovariotomie, aussi bien sous le rapport de l'alimentation, des mictions, des garde-robes, du changement du bandage que du lever. Mais, comme à la suite de ces opérations il existe une tendance marquée aux hernies, abdominales, il faudra, par le port prolongé de ceintures élastiques convenables, s'efforcer de prévenir ces complications.

L'alimentation, les soins de la peau et le séjour à l'air libre, dans une température égale, sont autant de conditions qui, pour les malades, jouent longtemps un rôle considérable.

***

II. — Autant elles sont fréquentes dans les cas de péritonite tuberculeuse, autant les interventions chirurgicales sont rares dans l'**inflammation gonorrhéique du péritoine.** D'ailleurs la laparotomie est souvent faite pour pyosalpinx gonorrhéique, auquel est d'ordinaire associée une pelvi-péritonite plus ou moins marquée ; mais l'acte chirurgical n'est pas en général dirigé contre celle-ci, et son but est l'extirpation des collections suppurées des annexes de l'utérus. Nous savons que jusqu'en ces derniers temps on a contesté l'existence d'une péritonite gonorrhéique diffuse ; mais, aujourd'hui, après les recherches de WERTHEIM, MENGE et KŒNIG, cette existence n'est plus contestable. Cette variété de péritonite s'accompagne d'un exsudat fibrino-purulent si faible, si délicat, si ténu, et d'une si petite quantité de liquide libre, qu'elle ne créerait *aucune indication à une laparotomie*, si les tumeurs qu'on a à constater autour de l'utérus n'apparaissaient pas comme des pyosalpinx collectés, gonorrhéiques. Dans ces cas le chirurgien a devant lui *deux* ou *trois voies pour obtenir la guérison.*

Il est assurément incontestable que la cœliotomie abdominale offre la voie la plus sûre, parce qu'elle permet de réaliser le plus exactement qu'il est possible le décollement des tumeurs, l'hémostase, et d'éviter le plus sûrement les lésions des parois. Toutefois il peut se rencontrer des adhérences si considérables qu'il est impossible d'enlever ces tumeurs par en haut. On peut, dans ces conditions, les aborder par *le vagin*, évacuer leur contenu, suturer les parois du sac à la paroi du vagin, drainer le sac et, par un tamponnement prolongé avec de la gaze iodoformée, arriver à la rétraction et à la guérison complète.

Quand les tumeurs ne sont pas plus grosses qu'une pomme, qu'on les délimite nettement, qu'elles ne sont pas trop solidement enclavées et qu'elles ne dépassent pas le petit bassin, on peut les extirper *par le vagin* d'après le procédé de MACKENRODT ou de WERTHEIM.

Ces *opérations* pourraient être considérées comme *prophylactiques contre la péritonite tuberculeuse.*

Comme exemple de cœliotomie abdominale pour péritonite

gonorrhéique nous citerons le cas de Trèves (1) publié en 1885.

Obs. — Cet auteur observa une malade âgée de 20 ans, qui était atteinte d'une pelvi-péritonite gonorrhéique, et chez laquelle, brusquement, éclata une péritonite aiguë, diffuse. Il pratiqua immédiatement la laparotomie. Il évacua un liquide, d'odeur fécaloïde, trouble, mélangé de fibrine et de pus et trouva à gauche un abcès pelvi-péritonitique crevé qui avait provoqué la péritonite généralisée. On fit un lavage de la cavité abdominale avec une solution phéniquée faible, un drain fut placé, et on appliqua un pansement exactement à la Lister. Il fut prescrit des lavements alimentaires toutes les 2 à 3 heures et on administra de la morphine ; 4 jours durant, les urines présentèrent les caractères des urines phéniquées. On fit, en raison d'un écoulement abondant de pus de la cavité abdominale, plusieurs fois le lavage de cette cavité. La guérison se fit au bout d'environ 9 semaines ; plus tard, toutefois, du pus fit de nouveau irruption à travers la cicatrice laissée par le drain, mais cette sécrétion cessa rapidement après la réapplication du tube.

Dans ces cas de péritonite gonorrhéique *par perforation* il ne subsiste guère aucun doute qu'on n'a pas d'autre chance de sauver la malade *qu'en opérant tôt et par la voie abdominale.* On contestera aussi peu qu'il faille immédiatement fermer l'incision faite, après avoir toutefois assuré, au moyen du drainage combiné aux irrigations, l'écoulement par le vagin des produits sécrétés dans la poche abcédée. Il paraîtra également tout à fait indiqué de purifier une cavité abdominale aussi souillée, sinon par des lavages, du moins par un nettoyage soigneux et par l'évacuation aussi complète que possible des liquides épanchés.

* * *

III. — Abordons maintenant l'étude des **inflammations du péritoine qui surviennent à la suite des interventions sur les organes génitaux féminins.** Ces inflammations, en

(1) Trèves. *Med. chirur. Trans.*, 1885.

général, sont de nature septique; soit qu'à l'occasion de l'intervention des germes pathogènes aient été apportés à la malade, soit qu'au cours de l'intervention des organes ou des tumeurs de ces organes (dermoïdes, intestin, utérus) aient été lésés et que des germes qui y étaient contenus soient venus dans le péritoine directement ou après un certain temps (moignon utérin dans la myomectomie). Cette variété de péritonite se distingue aussi de toutes les autres par cette particularité qu'il *n'est pas besoin de créer à nouveau une voie* pour l'issue de l'exsudat, mais qu'il *suffit d'ouvrir à nouveau la voie primitivement faite*. L'intervention est en conséquence plus courte, plus aisée, ne donne pas de sang. Il suffit dans ces sortes de péritonites, parce que d'ordinaire elles éclatent avant que l'incision de la paroi abdominale ou du vagin soit solidement fermée, d'entr'ouvrir cette incision, soit par l'enlèvement des fils encore existants, soit simplement par l'écartement des lèvres non encore réunies de la plaie, pour ouvrir à nouveau la cavité abdominale et assurer l'évacuation complète du pus. Également dans ces cas on placera un drain; on pourra même faire une contre-ouverture dans le vagin, manière de faire de laquelle Keith, Spencer-Wells, Kœberlé, ont retiré de bons résultats. Mais quand l'exsudat n'est pas considérable, et que le météorisme est très accusé, ce mode d'intervention ne donne plus rien. Et Truc (*l. c.*) a certainement raison quand il exprime cette opinion qu'on ne peut par ce procédé obtenir la guérison que dans les formes de péritonite plus ou moins localisée, à marche lente. Les choses sont un peu différentes quand, après une opération, *un abcès s'est formé en une région quelconque de la plaie et que cet abcès fait brusquement irruption dans la cavité abdominale;* dans ces conditions, ce n'est également qu'en évacuant rapidement le pus de la cavité abdominale au moyen de la réouverture de l'incision, qu'on peut être utile.

*
* *

Une indication à une intervention chirurgicale restée jusqu'ici relativement très rare, c'est *la péritonite puerpérale diffuse.*

Le nombre des cas qu'on a publiés de ces sortes d'opérations dépasse à peine le chiffre de 25; les résultats jusqu'ici ont été peu favorables, c'est-à-dire, non meilleurs ou à peine aussi bons que lorsqu'on fait de l'expectation (21 p. 100 ; 26,4 p. 100), d'où la condamnation de cette thérapeutique par divers gynécologistes. Depuis la publication sur cette question de notre travail jusqu'auquel il n'avait été publié que 21 cas de cet ordre, il n'a été communiqué, à ma connaissance, dans ces derniers temps que les cas de Maydl, Taylor, Hodges, Schnitzler et Beljaeff, que nous résumerons très brièvement ici.

Obs. I (Maydl) (1). — Une jeune femme, quelques jours après son accouchement, fit de la péritonite suppurée, diffuse. Au cours de la septième semaine après le début de la maladie, Maydl ouvrit le ventre, retira 11 litres de pus et constata que l'inflammation du péritoine s'étendait jusqu'au diaphragme. Le pus était stérile. Drainage, *guérison complètement apyrétique.*

Obs. II (Taylor) (2). — Une primipare de 21 ans, accouchée au forceps le 28 septembre 1889, accusa des souffrances trois jours après, et jusqu'à fin octobre présenta des accès de fièvre ; le 11 novembre, c'est-à-dire le 45e jour après l'accouchement, survint une péritonite par perforation (P. 140, T. 40°).

On constata la présence d'une tumeur en arrière de l'utérus et le 13 novembre, soit 47 jours après l'acouchement, on fit la laparotomie. L'ovaire gauche était le siège d'un abcès, contenant du pus épais, jaune, et rompu en deux points. Ovaire et trompes furent enlevés. Annexes droites saines. Lavage de l'abdomen avec de l'eau chaude, drainage. Enlèvement du drain après 3 jours. Guérison.

Obs. III (Hodges) (3). — Femme âgée de 26 ans : 18 jours après son accouchement, écoulement fétide; 6 jours après, douleurs et météorisme abdominal. A son entrée à l'hôpital, on constata : exsudat péritonéal liquide, pleurésie bilatérale et péricardite. La dyspnée augmentant, on retira du ventre, le quarante-troisième jour après l'accouchement, 72 onces d'un liquide séro-purulent. Consécutivement la température

(1) Maydl. *Wiener klin. Rundschau*, 1896, n° 31.

(2) Taylor. *Bristish méd. J.*, 1886, p. 1355.

(3) Hodges. *British med. J.*, 1883, 10 mars.

tomba et il se produisit une amélioration évidente de l'état général. Quatorze jours plus tard, on constatait déjà la reproduction du liquide et l'on retirait 96 onces de pus; huit jours après encore 52 onces. Puis, comme 11 jours après l'état avait empiré, on fit pour la seconde fois la laparotomie, incision abdominale longue de 5,5 centim., au-dessous du nombril. On évacua 40 onces de pus et l'on plaça un drain. Le pansement fut au début renouvelé tous les jours, puis après la cessation de la fièvre, plus rarement; finalement, la femme fut renvoyée guérie après 6 semaines.

OBS. IV (J. SCHNITZLER) (1). — Trouva dans le pus d'un exsudat péritonéal volumineux, enkysté, qu'il avait opéré 2 mois après l'accouchement, des streptocoques en pure culture; par contre, il constata dans la paroi de la poche des tubercules typiques. La *nécropsie* ultérieure confirma l'existence d'une tuberculose génito-pulmonaire.

OBS. V (N. BELJAEFF) (2). — X.... 32 ans; à la suite d'un avortement, endométrite septique, puis péritonite généralisée. Celle-ci étant passée à l'état chronique et la ponction, faite deux fois, n'ayant pas amené la guérison, cœliotomie abdominale. Le péritoine pariétal était anormalement épaissi et vasculaire, moins le péritoine intestinal. L'exsudat était séro-sanguin avec des flocons fibrineux et des pseudo-membranes fibrineuses. Lavage de la cavité abdominale avec une solution de sublimé à 1 p. 3000, chaude. Drainage du Douglas. Suture. Guérison en 3 mois.

Ces cas montrent *d'abord* que le processus le plus souvent n'était plus aigu, qu'il était passé à l'*état chronique*, que la cœliotomie n'avait été pratiquée qu'un mois et demi, 2 mois, 2 mois et demi après l'accouchement.

Secondement que, *toujours*, on fit le drainage. En général on a dit à tort, à mon avis, que les péritonites qui surviennent pendant les suites de couches évoluent si rapidement qu'il paraît à peu près impossible de les traiter chirurgicalement. Le *cas qui m'est personnel*, comme celui de Taylor (*l. c.*) était dans la période aiguë (le 17 janvier, sortie; le 21 janvier, rentrée avec une péritonite diffuse, aiguë; opération le 24 janvier). Éga-

(1) J. SCHNITZLER. *Intern. klin. Rundschau*, 1893, nos 16, 17, 20, 21.
(2) BELJAEFF. *Cent. f. Chirurg.* 1886, p. 782.

lement l'opinion que l'opération est contre-indiquée dans tous les cas de septicémie généralisée et de collapsus très accusé, n'est pas rigoureusement exacte, ainsi que le démontre le cas de HODGES-PLAYFAIR. Par contre, nous sommes entièrement de l'avis de KOERTE (*l.c.*) quand il dit : les péritonites dans lesquelles prédominent de beaucoup les phénomènes d'intoxication, tandis que *l'inflammation locale est faible, ne sont pas* des cas qui conviennent pour les interventions chirurgicales.

L'exsudat liquide est-il abondant, le Douglas fortement refoulé en bas, la fluctuation manifeste à ce niveau, il faut procéder à l'évacuation du liquide à travers le cul-de-sac postérieur d'après la technique décrite par MACKENRODT. Si l'on ne réussit pas ainsi à évacuer la plus grande partie du liquide, il convient, comme l'a conseillé WERTHEIM, d'ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin ; et même, si cette seconde ouverture ne suffit pas à procurer l'issue de la plus grande quantité du liquide, on a alors la ressource de la cœliotomie abdominale.

Pour toutes ces interventions chirurgicales, il est trois questions qui touchent au nœud de la discussion, et qui sont l'objet de beaucoup de controverses ; les voici :

1° Faut-il, une fois le liquide de la cavité abdominale enlevé, laver cette cavité avec un liquide quelconque ?

2° Le foyer primitif de la maladie, spécialement *l'utérus puerpéral, doit-il être enlevé ?* et

3° Est-il indispensable ou inutile de faire *un drainage* de la cavité abdominale ?

Voyons d'abord ce que pensent les auteurs sur le premier point. A ce sujet nous désirons rappeler que dans la péritonite tuberculeuse on n'a, dans l'ensemble, retiré que peu de chose de la pratique de ces lavages (KŒNIG, *l. c.*) ; les grands lavages furent évités (MARGARUCCI).

Dans la péritonite *septique*, suppurée, les conditions sont un peu différentes.

Le *nombre des adversaires* est relativement petit, ce sont : POLLSCHENN, WITZEL, GARGISANO, SAENGER et REICHEL.

Pollschen (1), en 1887, déclara que ni les lavages, ni le drainage n'étaient utiles dans la péritonite suppurée, diffuse.

Witzel (2), en 1888, que le lavage, à travers une incision médiane, n'est pas à conseiller.

Gargisano (3), en 1892, estimait que dans la laparotomie pour plaie intestinale les lavages de la cavité péritonéale étaient de peu d'utilité; tandis que Clementi (4), à la même époque, se prononçait catégoriquement en leur faveur. Mais l'adversaire le plus décidé des lavages paraît être Reichel (5). Cet auteur déclare, à propos du traitement chirurgical de la péritonite septique, que les essais sur les animaux des procédés thérapeutiques chirurgicaux n'ont, par rapport au traitement du péritoine infecté, fourni que des résultats extrêmement défavorables. Les lavages de la cavité abdominale n'auraient été d'aucune utilité, ils se seraient montrés plutôt défavorables et nuisibles; le lavage fait sur des animaux sains avec un liquide tout à fait indifférent pourrait, chez ces animaux, provoquer au cours de l'opération des accidents asphyxiques et les laisser malades pendant plusieurs jours; on avait constaté des ecchymoses dans la cavité abdominale et d'autres signes d'irritation du péritoine. En conséquence Reichel se prononçait formellement contre les lavages et les qualifiait d'irrationnels, d'inutiles, d'illusoires. Il serait préférable de procéder à une toilette sèche et de placer un tube à drainage. En conséquence il juge que, *seuls*, dans la péritonite septique, les cas d'exsudats purulents encapsulés, semblables à l'empyème, sont, par rapport aux opérations chirurgicales, d'un pronostic favorable; à ces cas, il faudrait encore ajouter ceux de perforation ulcéreuse ou traumatique de l'intestin ou de l'estomac dans lesquels on pourrait à temps nettoyer la cavité abdominale et fermer la perforation.

---

(1) Polschen. *Deutsch. med. Wochensch.*, 1887, n° 14.

(2) Witzel. *Cent. f. Chirurg.*, 1888, p. 870.

(3) et (4) Gargisano et Clementi. *Cent. f. Chirurg.*, 1892, p. 86.

(5) Reichel. *Deutsch. Zeitsch. f. Chirurg.*, 30, 1, 84.

Enfin, dans de plus récentes communications sur le traitement des suppurations pelviennes, Sänger (1) dit littéralement : « *Je pense que les lavages de la cavité abdominale ne se font plus en Allemagne.* »

En ce qui concerne les résultats des expériences de Reichel (1890), ils ont été remarquablement battus en brèche par les expériences nouvelles, déjà citées, de Nannotti et Baciocchi, expériences faites en 1893, à la vérité non point sur des animaux atteints d'une affection septique, mais affectés de tuberculose.

Beaucoup plus grand est le nombre des auteurs qui, dans ces derniers temps, se sont prononcés *avec réserves ou sans réserves pour les lavages de la cavité abdominale.* De ceux-là, nous citerons :

A. Schmidt (2), en 1882, ne conseillait le lavage qu'exceptionnellement dans la péritonite septique, avec pus putride.

Landau (L.) (3) conseillait au contraire une ouverture large, un *lavage énergique* et le drainage (1884); et selon Litten, K. Schrœder avant 1884 pensait de même. Treves faisait, comme il a été dit plus haut, dans la péritonite tuberculeuse un lavage avec une solution phéniquée faible (1886).

Valerani (4), la même année, se servait d'eau boriquée à 40° ; Studenski (5), en 1886, d'une solution de glycérine boriquée à 4 p. 100 dans une péritonite consécutive au typhus; Beljaeff (*l. c.*), en 1886, d'une solution de sublimé à 1 p. 3000 dans la péritonite puerpérale. Price (6) obtint la guérison chez 5 accouchées par la laparotomie, l'extirpation des ovaires malades et des trompes et le lavage.

1890). Antonino, en 1891, fit le lavage avec une solution

(1) Saenger. *Sammlg. klin. Vort. Volkmann*, N. F., p. 28.

(2) *Cent. f. Chirurg.*, 1882, p. 772.

(3) Landau et Litten. *Deutsch. med. Wochensch.*, n° 17.

(4) Valerani. *Cent. f. Chirurg.*, 1886, p. 269.

(5) Studenski. *Cent. f. Chirurg.*, 1886, p. 172.

(6) Price. *Philad. med. News*, 1890, 9 août.

boriquée à 2 p. 100. Tipjakoff (1), en 1892, lava la cavité abdominale avec de l'eau bouillie et la saupoudra d'iodoforme. Koerte (2), en 1892, conseillait de faire, en cas d'adhérences, le lavage ; en l'absence d'adhérences, l'essuyage, le brossage de la cavité abdominale.

Clementi a été déjà cité.

Koerte (3) obtint, en 1893, par le brossage, le lavage avec de l'eau stérilisé et le drainage, la guérison (4).

L'Auteur (5), par une incision longue de 5 centim., retira un litre de pus, détruisit les adhérences de l'intestin dans le Douglas et évacua par là une grande quantité de pus fétide; il sécha avec de la gaze iodoformée, lava avec deux litres de la solution salée physiologique jusqu'à ce que la solution revînt claire et tamponna alors le Douglas avec de la gaze iodoformée (1893).

Berrutti (6), se basant sur 12 cas à issue heureuse, conseillait : une incision large du péritoine, l'évacuation complète du liquide, la désinfection minutieuse du péritoine et le drainage profond maintenu efficace et libre le plus longtemps possible après l'opération.

Enfin, dans une publication toute récente (7) qui comprend 99 cas de péritonite généralisée, traités chirurgicalement, jusqu'en mars 1897, Koerte, l'auteur qui ainsi paraît posséder l'expérience la plus considérable, dit : « l'essentiel c'est que l'exsudat purulent soit enlevé soit par les lavages avec de l'eau chaude, stérilisée, soit par l'essuyage, le brossage; l'emploi des antiseptiques est à déconseiller.

(1) Tipjakoff. *Cent. f. Chirurg.*, 1892, p. 626.

(2) Koerte. *XXI Deutscher Chir. Congress*, juin 1892.

(3) Koerte. *Cent. f. Chirurg.*, 1893, p. 443.

(4) Koerte. Également dans trois autres cas, 1894, 1895, 1896 (*Mittheilung. aus den Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie.* Bd. 1897, p. 179-180, documents parvenus à l'auteur seulement en octobre 1897).

(5) Winckel. *Therapeut. Monatshefte*, 1896, avril.

(6) Berruti. *La Clinica gynec. dell' ospedale Maria Vittoria*, Turin, 1896, p. 14.

(7) Koerte. *Münchener med. Woohensch*, 1897, p. 457.

Il y a donc en tout 15 auteurs, de tous pays et parmi eux beaucoup d'Allemands (LANDAU, KOERTE, SCHMIDT, WINCHEL), qui conseillent les lavages ; un certain nombre même les recommandent très vivement ; ce fait et les excellents résultats obtenus par quelques opérateurs (par exemple, BERRUTTI, 13 cas avec un seul décès) nous autorisent à qualifier d'injustifiée leur complète condamnation et à *recommander au contraire leur emploi comme efficace, curatif dans la péritonite puerpérale, diffuse.* Il en va un peu autrement eu égard au *drainage.* Tout à fait dans ces derniers temps, on s'est vivement élevé contre son emploi dans la cavité péritonéale, et la plupart des auteurs l'ont presque absolument condamné. « La tendance du péritoine à se souder vite, dit Olshausen (1), et à sécréter avec beaucoup de rapidité une lymphe coagulable, a pour effet de constituer, à bref délai, à ce drain placé entre les intestins, comme une sorte de clôture, d'étui, au point de le fermer presque complètement. Il suffit seulement de 8 jours pour que tous les yeux du drain en caoutchouc soient obturés par des végétations granuleuses. — *Drainer la cavité abdominale est une illusion ! Seule,* une cavité pathologique, grande, préformée, se laisse drainer, etc. »

Mais Olshausen lui-même admet des exceptions et dit (*l. c.*, p. 23) : « hormis peut-être dans ces cas extrêmement rares où on n'a pu au cours de l'opération évacuer entièrement un foyer purulent ouvert, ou bien quand on a à prévoir, avec quelque vraisemblance, l'écoulement ultérieur d'un contenu infectieux ».

Mais ce sont précisément là les cas de laparotomie dans la péritonite puerpérale, suppurée, diffuse, et si l'argument d'OLSHAUSEN est juste quand il s'agit des drains en caoutchouc, elle tombe à faux avec la gaze iodoformée ; la preuve en est dans l'imbibition rapide du pansement quand on se sert de gaze.

Parmi les auteurs nouveaux qui emploient encore le drainage dans la péritonite suppurée, diffuse, nous ne citerons que :

---

(1) R. OLSHAUSEN. *Marion Sims u. seine Verdienste um die Chirurgie*, Berlin, 1897.

Studenski (péritonite liée au typhus, drain de l'épaisseur de 2 doigts), Hodges (1883, péritonite puerpérale, tube à drainage large), Price (1890, péritonite puerpérale), Schmidt (1882), Treves (1885, péritonite gonorrhéique), Koerte (1892, *l. c.* dit: le drainage est nécessaire, la gaze iodoformée seule ne suffit pas ; il faut se servir de tubes à drainage), Taylor (1886, péritonite puerpérale), et l'auteur (1893, péritonite puerpérale); Le seul auteur qui, dans ces derniers temps, plaça encore un drain en verre, fut Bishop-Page (1893, péritonite puerpérale); sauf ce cas, on peut tenir ce genre de drains pour délaissé.

Le but unique du procédé c'est d'assurer, grâce au maintien de l'ouverture d'une portion de la plaie, l'écoulement du pus qu'on n'a pu évacuer pendant l'opération, écoulement qui s'effectue aussi bien *à côté* du drain qu'à travers le drain, et qui évite les incisions ultérieures, itératives. Il faut, à la vérité, ajouter, comme il ressort des cas de Koerte, Berruti, etc., que ces incisions peuvent, en dépit du drainage, se montrer nécessaires.

Somme toute, nous pensons, après les développements qui précèdent, devoir sur *la troisième* question conclure que dans le traitement chirurgical de la péritonite suppurée diffuse, *le drainage non seulement n'est pas inutile, mais qu'il est indispensable et efficace*, ainsi qu'il a été également conseillé par Koerte dans sa toute récente publication.

Abordons maintenant cette question: *faut-il dans cette variété de péritonite enlever dans certains cas ou toujours l'utérus puerpéral malade, avec ses annexes ?*

J'ai déjà traité cette question à l'occasion du cas que j'ai publié et je disais: extirper chaque fois immédiatement l'utérus parce qu'il est le point de départ de la maladie, — et avant, nous avions encore attendu pour voir si l'écoulement de l'exsudat abondant ne suffirait pas à améliorer l'état de la patiente — je tiens cela pour d'autant plus irréfléchi et injustifié qu'en procédant ainsi nous ne supprimons pas tous les agents nocifs ; nous laissons une quantité de foyers purulents dans le ventre.

Mais si, malgré la rétrocession de la péritonite, il survient de la paramétrite bilatérale, suppurée, s'il se fait de la suppuration du tissu conjonctif pelvien, alors il nous reste comme ultime ressource l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes.

Fehling (1) veut *seulement dans les cas désespérés d'endométrite septique*, quand l'extirpation de l'utérus est nécessaire et possible, la faire par le vagin ; tandis qu'il tient pour non recommandable et la plupart du temps inutile l'hystérectomie comme la font B. S. Schultze et Sippel (2) d'après la méthode de Porro, parce que le col avec ses germes reste *in situ* (3). L'auteur également est convaincu qu'il y a lieu de donner sans réserve la préférence à l'extirpation totale de l'utérus puerpéral, septique, *per vaginam*, sur l'opération de Porro, comme moins dangereuse et plus curative.

*
* *

Nous arrivons enfin au **Traitement de la péritonite par perforation**, qui a son point de départ dans les organes génitaux féminins ; nous retrouvons, ici, un accord qu'il est heureux de constater entre les auteurs. Celles qui surviennent par rupture d'abcès gonorrhéiques et puerpéraux ou à la suite d'interventions chirurgicales ont été déjà prises en considération, et il ne nous reste plus qu'à étudier les cas d'effraction du contenu suppuré des diverses *tumeurs* telles que : *abcès des ovaires* (4), *kystes dermoïdes, myxomes de l'ovaire* (5), grossesse extra-utérine en voie de décomposition (Rugh) ou hématocèle suppurée, ou hématosalpinx, ou ces cas rares de ruptures de poches à échinocoques (Trautwein) (6).

---

(1) Fehling. *Cent. f. Gyn.*, 1895, p. 961.
(2) Sippel. *Cent. f. Gyn.*, 1894, p. 667 ; 1895, p. 892.
(3) *Verhandl. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn.*, V, 245.
(4) Menge. *Bacterien der weibl. Genitalien*, 1897, p. 318.
(5) Werth, Strassmann, Wendeler.
(6) Trautwein. *Casper's Wochensch.*, 1897, p. 582.

Dans tous ces cas d'épanchement brusque de masses suppurées infectées dans la cavité abdominale, la mort dans un délai d'une à trois fois 24 heures est presque sûre ; les guérisons appartiennent aux faits les plus exceptionnels, et, au fond, il ne s'agit pas de guérison vraie, mais de l'amendement de la péritonite qui peut, évidemment, récidiver à bref délai. En conséquence dans ces cas l'indication est nette et indiscutée : *ouverture du ventre par la paroi abdominale, évacuation soigneuse du liquide épanché, recherche du siège de la perforation ; quand c'est possible, ablation du foyer de la perforation d'après les principes connus, toilette soigneuse du péritoine par l'essuyage, le brossage, le cas échéant par le lavage* (solution salée physiologique, eau chaude stérilisée), puis, fermeture complète de la cavité abdominale et traitement consécutif habituel.

Dans les cas d'épanchement fétide, considérable, on ne réussira pas toujours en procédant ainsi, même quand l'opération est faite déjà 12 heures après le moment de la rupture (cas de MENGE, *l. c.*, p. 308) ; dans tous les autres cas de perforation, par contre, le succès est d'autant plus certain qu'on intervient *plus tôt et plus exactement ;* les nombreux cas de BOLDE, SIPPEL, SEIGNEUX, STRASSMANN, TISON, WINTER, WITTENBERG etc., le démontrent (1).

En réalité, l'opération n'est formellement contre-indiquée que quand la femme est manifestement moribonde, tandis que même un collapsus profond ne constitue pas une contre-indication absolue.

Il faut se garder d'opérer par le vagin dans ces cas où il est indispensable de faire une large incision et d'évacuer le plus complètement et le plus vite possible le liquide épanché ; d'autre part, il ne pourrait être question de drainage qu'au cas d'une cavité fétide, qui se serait perforée, par exemple, celle d'une hématocèle, et qu'on ne pourrait supprimer. Puis, suivant le siège de la cavité, on placerait un *drain à travers le cul-de-*

(1) WINCKEL. *Perforation peritonitis.*

sac de Douglas. Enfin un tamponnement avec la gaze iodoformée ou des lavages avec les solutions antiseptiques connues amènerait graduellement l'occlusion, l'effacement de la cavité.

Comme preuve de l'accord de tous les auteurs sur cette indication, nous citerons Truc (*l. c.*) qui dit : la péritonite sous la dépendance de *l'inflammation*, de la *rupture* ou de la *gangrène* d'une tumeur intra-abdominale réclame toujours la laparotomie. Les nombreux succès obtenus dans ces cas montrent que cette indication est particulièrement sûre.

Si enfin nous ajoutons que W. Koerte (*l.c.*) sur 71 patientes atteintes de péritonite généralisée, consécutive à un état pathologique des organes internes, qu'il traita chirurgicalement, en sauva 25, c'est-à-dire 35,2 p. 100, tandis que de 28 non opérées 6 seulement guérirent, c'est-à-dire 21 p. 100, on se rangera aussi à sa proposition : « *dès qu'on peut reconnaître l'existence d'un foyer suppuré, on doit, l'état général étant passable, s'efforcer, en le supprimant, de juguler la péritonite; car, sans cela, le pronostic est très sombre* ».

2° **Rapport de Crestovich** (de Salonique) (1).

Crestovich présente quelques observations et conclut que le traitement rationnel de cette variété de péritonite doit être l'intervention chirurgicale le plus tôt possible.

Les ponctions exploratrices doivent précéder l'opération pour constater la nature de la péritonite.

La guérison parfaite est très possible, si les malades recourent à temps aux chirurgiens et si ceux-ci interviennent promptement.

Les insuccès sont dus en grande partie à l'intervention chirurgicale tardive.

Discussion.

A cette discussion prennent part Pichevin et Ott. Le premier dit qu'on

---

(1) Résumé par l'auteur.

peut intervenir de deux façons : 1° Incision large de l'abdomen par en haut et lavage. Dans un cas où, à la suite d'une hystérectomie abdomino-vaginale, il avait diagnostiqué une septicémie péritonéale, démontrée du reste par la constatation formelle de staphylocoques blancs, il opéra ainsi et sauva la malade ; 2° se borner au placement d'un drain et laver à travers le drain. OTT traite de la question de l'emploi du drainage après la cœliotomie.

La cinquième question à l'ordre du jour est:

DE LA BLENNORRHAGIE ET DE SON TRAITEMENT CHEZ LES FEMMES NON ENCEINTES

Rapporteurs : E. TRUZZI, M. MIHAJLOVITS.

1° Rapport de E. Truzzi (1).

Dans les *endométrites* gonococciquesje trouve très utiles les applications d'ichtyol pur dans la cavité utérine.

Dans les *salpingites* gonococciques je ne crois pas utile de pratiquer la cœlio-salpingectomie bilatérale en conservant l'utérus, ou bien la salpingo-hystérectomie par voie vaginale, qui peut devenir dangereuse à cause des adhérences avec les intestins, ou rester incomplète.

J'aime mieux avoir recours à la salpingo-hystérectomie *totale, abdomino-vaginale*, en la pratiquant par la méthode suivante : l'abdomen ouvert, je détache les adhérences intestinales et épiploïques, en isolant autant que possible les annexes, et pratiquant aussi, entre deux ligatures, la section bilatérale du ligament infundibulo-pelvien.

J'interviens ensuite par voie vaginale, en complétant l'extirpation de l'utérus et des annexes.

De cette manière on utilise la valeur diagnostique de la laparotomie et l'on tient l'abdomen ouvert aussi peu que possible.

Dans les cas où l'extirpation des annexes réussit par la voie vaginale incomplète, la ligature préalable des artères utéro-ovariennes par la voie de l'abdomen et la ligature subséquente

(1) Résumé par l'auteur.

des artères utérines par la voie sous-pubienne pourraient assurer mieux l'involution tardive des résidus des annexes.

Aux deux cas mentionnés dans la publication ci-jointe, il faut ajouter deux autres cas également suivis de guérison, et, de même que les autres, opérés à la Clinique obstétricale et gynécologique de Parme, le 23 mars et le 3 avril 1896.

2° Rapport de M. Mihajlovits (1).

Mihajlovits décrit rapidement les méthodes thérapeutiques appliquées jusqu'ici au traitement de la blennorrhée des organes génitaux féminins, méthodes d'une efficacité douteuse. Il démontre combien est importante la guérison de la blennorrhagie parce qu'elle est l'origine de tumeurs des annexes et de la stérilité. Il signale également les psychoses, effet de la stérilité, dont la cause première est dans la blennorrhée antérieure. Il décrit le procédé thérapeutique qui lui est personnel et qui dans 140 cas lui a donné de bons résultats : Sonde de Bandl en caoutchouc parce qu'il se sert de nitrate d'argent ; courbure de la sonde d'après les indications fournies par la détermination préalable de la situation de l'utérus. Il place la portion vaginale du col de l'utérus dans un spéculum cylindrique, introduit la sonde de Bandl, et injecte la solution argentique dans le spéculum. Quand il y a endométrite, il pousse l'injection dans l'utérus ; dans les autres cas, il lave seulement le canal cervical. Puis il retire lentement la sonde et le spéculum et lave le vagin avec un tampon d'ouate. Le titre de la solution de nitrate d'argent varie de 1 p. 3000 à 1 p. 1000 et il emploie cette dernière jusqu'à guérison complète.

La fin de la séance est occupée par diverses communications.

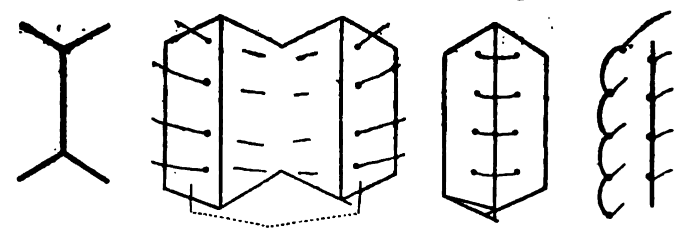
1° MARSI (Bologne).

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA CYSTOCÈLE VAGINALE

Marsi décrit un procédé curatif nouveau de la cystocèle va-

(1) Résumé par l'auteur.

ginale : incision longitudinale de la muqueuse et de la sous-muqueuse de la paroi antérieure du vagin, de l'urèthre au cul-de-sac ; aux extrémités de cette incision deux autres incisions plus petites, transversales ; dissection des deux lambeaux latéraux ; réunion des bases des deux lambeaux par une suture à



points séparés ; par-dessus, réunion des bords des lambeaux par une suture continue, ce qui produit une colonne rugueuse nouvelle. Les figures schématiques font bien saisir ce procédé qui a l'avantage d'éviter toute perte de substance et de fournir un soutien solide à la vessie.

2° MARSI (Bologne)

SUR UN CAS RARE DE MENSTRUATION SUPPLÉMENTAIRE DE LA VESSIE URINAIRE, ETC.

Marsi relate un cas de menstruation vicariante observée chez une jeune femme qui avait subi l'hystérectomie vaginale totale pour une affection annexielle bilatérale. Depuis quatre mois, l'urine de cette femme — aux dates où antérieurement se faisait la menstruation — devenait sanguinolente. Or dans cette urine, pas plus à ces moments qu'à d'autres, on ne constata jamais aucun autre élément anormal que des globules sanguins et des éléments épithéliaux superficiels de la vessie.

3° A. BOURSIER et E. MONOD

NOTE SUR LES KYSTES MUCO-DERMOIDES DE L'OVAIRE

Variété de tumeurs à peine signalée par les classiques. On a souvent confondu l'étude de ces kystes avec celle des dégénérescences malignes des kystes dermoïdes. Ils doivent être étudiés à part. Néanmoins il faut savoir que ces kystes muco-dermoïdes peuvent aussi subir des dégénérescences malignes.

Ces tumeurs sont très rares, n'ont jamais été diagnostiquées et ne peuvent l'être. Les auteurs ont observé les deux cas suivants.

Obs. I). 21 ans, deux enfants ; augmentation du volume du ventre depuis sa dernière grossesse. Tumeur abdominale plus développée à droite, sous-ombilicale, régulière et fluctuante, indépendante de l'utérus. *Ovariotomie*. La paroi incisée, on arrive sur le kyste; sa ponction donne un litre de liquide filant. La tumeur est facilement énucléée, sauf un lobe inférieur inclus dans le ligament large, qui est décortiqué. Suites opératoires simples. La tumeur est formée par un kyste multiloculaire, composé de trois grandes poches communiquant entre elles et pleines de liquide filant. A la partie inférieure existe une quatrième poche plus petite à contenu pilo-sébacé, tout à fait indépendante des premières. Les cavités à liquide filant étaient pourvues d'un épithélium à cellules cylindriques, caliciformes; tandis que la petite cavité à contenu pilo-cébacé présentait un épithélium pavimenteux stratifié.

Obs. 2). 19 ans, Ipare, opérée pour une tumeur ovarique. Cette tumeur, du volume d'une tête de fœtus à terme, présente une grande cavité autour de laquelle sont groupées un nombre de petites poches secondaires, presque toutes indépendantes. La paroi de la grande cavité est épaisse et par places indurée, cartilagineuse et même osseuse. Cette cavité et la plupart des petites poches contiennent de la matière pilo-sébacée et possèdent un épithélium pavimenteux stratifié. Un certain nombre de poches, bien qu'à contenu mucoïde ont un épithélium cubique, stratifié, dermoïde ; enfin, quelques petites cavités seules sont revêtues d'une couche unique de cellules caliciformes.

Séance du 23 août (matin).

Présidents : Clarke, P. Müller, La Torre.

La sixième question à l'ordre du jour est :

DE LA SÉROTHÉRAPIE APPLIQUÉE A LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

Rapporteurs: V. Wallich (Paris), Weinstein (Odessa).

1° Rapport de V. Wallich (1).

Ce rapport comprendra 4 parties:

1. Préambule.—2. Partie expérimentale.— 3. Partie clinique. 4. Conclusions.

I. — Préambule.

C'est avec le sérum antistreptococcique qu'on a tenté, depuis 1895, de traiter la septicémie puerpérale (2), en s'appuyant sur la démonstration faite par Widal (3) que le streptocoque, vu par Pasteur le premier puis par Doléris dans les lochies de femmes infectées, était l'agent pathogène le plus fréquent de la septicémie puerpérale.

Cette sérothérapie ne devrait donc s'adresser qu'aux infections puerpérales à streptocoques. Mais à l'heure actuelle nous ne disposons pas de moyens nous permettant de faire cliniquement le diagnostic bactériologique de l'infection puerpérale (4).

La présence dans les lochies du streptocoque, seul ou associé à d'autres microbes, n'est pas une garantie de sa pénétration dans l'organisme ; d'autre part, on peut ne pas le rencontrer dans des examens de sang pratiqués même chez des femmes gravement infectées. Le diagnostic bactériologique de l'infection puerpérale ne se fait bien à l'heure actuelle qu'à l'autopsie, et nous ne sommes par encore en mesure de reconnaître, au point de vue clinique, la nature exacte de l'infection puerpérale que nous sommes appelés à soigner. En d'autres termes, on diagnostique cliniquement une infection puerpérale, on ne diagnostique pas si c'est une infection due au streptoco-

(1) Ce rapport a été lu par le professeur PINARD. (H. V.)

(2) CHARRIN et ROGER. *Société de biologie*, 23 fév. 1895. — MARMOREK. *Société de biologie*, 23 fév. 1895, et *Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1895.

(3) F. WIDAL. *Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.*

(4) Voir PINARD et WALLICH. *Traitement de l'infection puerpérale*, 1896, Paris.

que, au staphylocoque, au bactérium coli ou à un autre microbe, L'infection puerpérale ne tient sa physionomie spéciale que de la porte d'entrée génitale de l'infection.

Dans ces conditions, l'application de la sérothérapie à l'aide d'un sérum antistreptococcique ne pouvait être faite que dans la généralité des cas, afin d'atteindre parmi eux les infections puerpérales streptococciques, que nous savons les plus fréquentes. Les résultats obtenus dans ces tentatives de sérothérapie ne sauraient, à notre avis, être étudiés dans les observations isolées, publiées çà et là déjà en très grand nombre : les unes favorables, les autres défavorables, car avant de recourir à la sérothérapie on avait vu des infections même très graves guérir, ou d'autres fois entraîner la mort ; cela n'a pas changé depuis la sérothérapie.

C'est dans l'étude comparative de la statistique d'un service d'accouchements qu'il faut chercher quelle a pu être l'influence de la sérothérapie sur les chiffres de la morbidité et de la mortalité par septicémie puerpérale.

C'est ce que nous avons fait avec M. le professeur Pinard, dans son service, à la clinique d'accouchements Baudelocque, où le sérum antistreptococcique de Marmorek a été employé pendant l'année 1896.

Il convenait, d'autre part, d'expérimenter chez les animaux, et d'essayer de mesurer chez eux l'action de la sérothérapie en face des infections streptococciques les plus violentes, provoquées à l'aide de streptocoques recueillis, non plus dans des streptococcies diverses, mais dans des cas d'infection puerpérale.

C'est de cette double recherche expérimentale et clinique que nous essayerons de dégager des conclusions.

La partie expérimentale sera l'exposé d'expériences personnelles, faites sous la direction de M. le professeur Pinard dans son laboratoire de la clinique Baudelocque.

La partie clinique comprendra l'examen des résultats obtenus à la clinique Baudelocque par l'emploi méthodique de la sérothérapie, tel que l'a institué dans son service M. le profes-

seur Pinard, qui a bien voulu nous permettre d'étudier à ses côtés, et de réunir les matériaux de ce rapport.

II. — Partie expérimentale.

Les résultats expérimentaux obtenus par M. Marmorek (de l'Institut Pasteur), à l'aide de son sérum antistreptococcique, contre diverses infections à streptocoques, étaient suffisamment concluants pour nous conduire à choisir son sérum, d'une puissance numériquement mesurée. Notre choix était d'ailleurs dirigé des conseils et de l'autorité de M. le Dr Roux (de l'Institut Pasteur).

Au point de vue expérimental plusieurs questions nous semblaient à résoudre :

1° Le sérum de Marmorek dont les effets préventifs, d'après M. Marmorek, ont été expérimentalement les mieux accusés, a-t-il la même innocuité sur la femelle pleine que sur l'animal en dehors de la gestation?

2° Ce même sérum a-t-il une action préventive et curative contre les infections à streptocoques, non plus d'origine quelconque, mais d'origine *puerpérale ?*

3° Comment agit le sérum sur le streptocoque d'origine *puerpérale ?*

De là 3 séries d'expériences.

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES

La femelle pleine présente-t-elle vis-à-vis du sérum de Marmorek des réactions particulières, autres que celles déjà constatées en dehors de la gestation ?

Deux expériences furent faites dans le but de résoudre cette question : l'une sur des lapines pleines, l'autre sur des brebis près de mettre bas.

L'expérience sur les lapines nous apprit que des doses de sérum importantes par rapport au poids de l'animal pouvaient être injectées dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans apporter aucun trouble à la marche de la grossesse, à la vie du fœtus, à la régularité des suites de couches.

L'expérience sur les brebis fut faite à l'instigation de M. le

professeur Pinard, avec le concours de M. Marmorek, dans la ferme de M. Brandin (1) à Aubigny (Seine-et-Marne).

Dix brebis furent soumises à l'expérience.

L'une d'elles avait mis bas la veille ; elle reçut sous la peau du dos 10 c. c. de sérum de Marmorek.

Cinq brebis pleines et à terme reçurent aussi 10 c. c. de sérum dans la même région.

Les brebis mirent bas :

Une, le lendemain de l'inoculation ;

Deux, deux jours plus tard ;

Une, le cinquième jour après l'inoculation.

Deux, le sixième jour ;

Une, le septième ;

Une, le neuvième ;

Une, le seizième ;

Les fœtus, nés tous vivants, présentaient le poids ordinaire, et se développèrent régulièrement, allaités par leur mère.

La seule particularité signalée est un manque d'appétit presque complet le 3e jour, de la 48e à la 72e heure après l'inoculation.

Les animaux, pendant la gestation, ne présentent donc pas, vis-à-vis du sérum de Marmorek, une réaction spéciale, tenant à leur état, et pouvant porter atteinte à la marche régulière de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES

Le streptocoque, sous des influences provenant du milieu où il vit et se développe, peut présenter des différences considérables dans son pouvoir nocif. Tantôt son action sur un animal est faible, tantôt sa virulence est telle qu'elle peut tuer un lapin, comme dans l'expérience de Marmorek, au moyen d'un bouillon où la culture de ce microbe se trouve à la dose infinitésimale de un cent milliardième de centimètre cube. De même on note de grandes variabilités dans la morphologie de ce microbe, suivant

(1) Je saisis cette occasion pour remercier M. Paul Brandin du concours intelligent et dévoué qu'il s'empressa de mettre à notre disposition en cette circonstance. A. P.

son milieu de développement, suivant les circonstances physiques, suivant même le mode de son ensemencement. De sorte qu'à l'heure actuelle, bien que la plupart des auteurs se rattachent à la théorie de l'unité de ce microbe, sous les aspects différents qu'il peut prendre, on discute encore et on défend la théorie de la pluralité des espèces, pouvant être réunies dans un genre streptocoque.

En présence de ce désaccord, et sans espoir de parvenir à résoudre la question, il était bien permis à des cliniciens de se demander si un streptocoque, recueilli, non plus comme celui qui a servi de point de départ aux expériences de M. Marmorek dans le pus d'une angine, mais dans l'organisme même d'une femme atteinte d'infection puerpérale, subirait, en passant sur les animaux, l'action d'une immunisation, obtenue à l'aide d'un sérum préparé au moyen d'un streptocoque d'origine quelconque, mais ne provenant pas d'une infection puerpérale. En d'autres termes, le streptocoque, recueilli dans une infection puerpérale, puis inoculé à des animaux, se trouve-t-il atténué dans ses effets sur ces animaux par l'action du sérum antistreptococcique, tel qu'on nous le donne à employer dans les cas d'infection puerpérale?

Nous avons expérimenté avec deux streptocoques, recueillis l'un dans la rate d'une femme morte d'infection puerpérale, — l'autre isolé dans les produits d'un curettage chez une femme qui mourut quelques jours plus tard d'infection puerpérale.

Le sérum antistreptococcique employé nous a été fourni par l'Institut Pasteur, c'est le sérum de Marmorek. Ce sérum antistreptococcique a été de deux sortes : 1° un sérum ordinaire, 2° un sérum, reconnu par M. Marmorek plus actif, et que nous désignerons sous le nom de *sérum 15*, numéro du cheval qui l'a fourni.

Nos expériences ont eu pour but de rechercher les effets préventifs et curatifs du sérum de Marmorek, injecté dans le tissu cellulaire, chez des lapins, tous inoculés dans le sang avec des cultures dans bouillon ascite, âgées de 24 ou 48 heures, afin d'obtenir les infections les plus graves.

L'emploi du sérum ordinaire ne nous a pas permis de cons-

tater d'effets suffisamment démonstratifs. L'emploi du sérum 15 est trop récent pour nous permettre d'en tirer des conclusions, mais il nous a paru manifester plus d'action que le précédent.

Il ne se dégage de notre expérimentation qu'un fait, c'est que, avec les sérums de Marmorek, nous n'avons pas obtenu, chez les animaux ayant des streptococcies *d'origine puerpérale*, les résultats réguliers, constatés par M. Marmorek lui-même, dans ses expériences, où les animaux avaient des streptococcies *d'origine non puerpérale*. Nous tenons toutefois à faire remarquer que nous avons créé les infections les plus graves par nos inoculations dans le sang.

TROISIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES

Nous avons cherché à nous rendre compte de l'effet direct, *in vitro*, du sérum de Marmorek sur le streptocoque *d'origine puerpérale*, ainsi que cela était fait en même temps (1) à l'Institut Pasteur, par M. Bordet sur différents streptocoques. Comme cet auteur, nous avons constaté que nos streptocoques se développaient dans le sérum comme milieu de culture, et qu'ils y conservaient leurs qualités de virulence. Le sérum n'a donc pas une action directe sur le streptocoque d'origine puerpérale; son action immunisatrice ne peut être qu'indirecte, due, d'après M. Bordet, à la réaction phagocytaire qu'il provoque dans l'organisme.

III. — **Partie clinique.**

Au moment où M. le professeur Pinard, en janvier 1896, a commencé dans son service la sérothérapie à l'aide du sérum de Marmorek, de nombreuses applications de ce sérum avaient été déjà pratiquées ailleurs pour le traitement de l'érysipèle, et dans quelques cas d'infection puerpérale.

La sérothérapie à titre rigoureusement préventif, c'est-à-dire

---

(1) BORDET. *Annales de l'Institut Pasteur*, 27 mars 1897.

l'injection de sérum, faite au début du travail chez toute femme qui accouche, n'a pas été la méthode adoptée. Au point où en était la question, il était plus sage de limiter la sérothérapie et d'en restreindre l'emploi à un nombre de cas bien déterminés :

1° A titre curatif chez les femmes infectées;

2° A titre préventif chez les femmes soupçonnées d'infection.

Nous ne pouvons donc examiner au point de vue clinique que *l'action curative* du sérum de Marmorek, et *nous ne pouvons donner d'appréciation sur son action préventive.*

Nous devrons tenir compte dans l'examen des résultats cliniques, qu'il nous reste à envisager, que dans toute l'année 1896 le sérum employé a été le sérum ordinaire, celui qui au point de vue expérimental a donné les résultats les moins démonstratifs.

Nous allons étudier l'action de la sérothérapie :

a) Chez les femmes soupçonnées d'infection;

b) Chez les femmes infectées.

A. — Sérothérapie chez les femmes soupçonnées d'infection

Nous avons rangé dans cette catégorie :

1° Les femmes qui n'ont pas reçu de soins antiseptiques dès le début du travail;

2° Les femmes qui ont eu une période de travail prolongée, surtout avec œuf ouvert depuis le début du travail;

3° Les femmes qui ont eu des hémorrhagies;

4° Les femmes qui ont accouché ou avorté de fœtus morts ou macérés;

5° Les femmes ayant subi des opérations obstétricales ou ayant été examinées en ville.

Chez ces femmes suspectes on a, comme par le passé, pratiqué après la délivrance une injection intra-utérine prolongée, précaution que nous ne nous sommes pas crus autorisés à abandonner, en employant les injections de sérum.

Il nous faut examiner dans quelles proportions ces femmes suspectes, et ayant, en vertu de cette suspicion, reçu injection

intra-utérine et injection de sérum, se retrouvent dans le chiffre de la morbidité.

Dans l'année 1896 à la clinique Baudelocque, il y a eu 2,270 accouchements ou avortements ; on a posé le diagnostic d'infection 179 fois, soit 7,80 p. 100 (ce chiffre, qui est celui des interventions intra-utérines dans les suites de couches, comprend les cas les plus légers ; même il en est où la température n'a pas atteint 38°).

Il y a eu 383 femmes soupçonnées d'infection chez qui on a pratiqué pendant le travail des injections de sérum ; 58 de ces 383 femmes, soit un sixième, se retrouvent dans la catégorie morbide qui, comme nous l'avons vu plus haut, se chiffre à 179 cas ; ces 58 femmes ont reçu un traitement par le sérum d'une façon précoce, pendant le travail, à un moment où l'infection était seulement le plus souvent soupçonnée, et pourtant elles forment un tiers 58/179 de la catégorie morbide.

Voici les faits. Nous allons rechercher si l'action de la sérothérapie s'est manifestée soit, d'une façon relative, soit d'une façon absolue, sur le chiffre de la morbidité.

Au point de vue de *la valeur absolue* de la sérothérapie on pourrait se montrer satisfait qu'un sixième seulement des femmes soupçonnées d'infection, et traitées par le sérum d'une façon précoce, aient eu des manifestations infectieuses, et que ce sixième ne constitue en somme que le tiers des femmes infectées. Mais nous ne devons pas omettre de dire que ces femmes suspectes ont aussi reçu après la délivrance une injection intra-utérine prolongée, à titre prophylactique, en même temps qu'on les soumettait aux injections de sérum de Marmorek. Nous ne pouvons dire si l'emploi de ces dernières seules nous aurait conduit au résultat obtenu, mais nous pouvons affirmer que l'emploi des injections intra-utérines préventives nous a fourni à lui seul des résultats analogues les années précédentes, ainsi qu'on va pouvoir s'en assurer par les chiffres de la morbidité comparés entre 1894, 1895, 1896.

Au point de vue de la *valeur relative* de la sérothérapie, il faut rechercher si le chiffre de la morbidité, observé en 1896,

présente des modifications importantes par rapport à celui des années précédentes.

	ACCOUCHEMENTS OU AVORTEMENTS	MORBIDITÉ PAR INFECTION
1894......	2.139...........	123 cas = 5,7 p. 100
1895......	2.077...........	189 cas = 9 p. 100
1896......	2.270...........	179 cas = 7,8 p. 100

La différence entre 1894 et les deux années suivantes est moins considérable en réalité ; car, dans ces deux dernières années, dans environ une quarantaine de cas, on a diagnostiqué et traité des cas d'infection où la température n'a pas atteint 38°, tandis que dans la morbidité par septicémie de 1894 nous ne trouvons que quatre observations au-dessous de 38°. Si l'on tient compte de cette remarque, les chiffres de la morbidité ne diffèrent plus beaucoup et ne nous paraissent pas suffisants pour établir un avantage marqué en faveur de l'année 1896, où l'on a employé la sérothérapie.

Nous ne pouvons donc constater, par l'examen de ces chiffres, l'action relative ou absolue de la sérothérapie sur le chiffre de la morbidité, sur *la quantité*, pour ainsi dire, de l'infection. Il est de notre devoir de rechercher si la sérothérapie a porté son action sur *la qualité*, ou mieux sur le caractère de gravité de l'infection

A la clinique Baudelocque les cas d'infection bien marqués, et ayant résisté aux injections intra-utérines, sont traités par le curettage ; il y en a eu 23 en 1896. Dans 12 cas, c'est-à-dire dans la moitié des cas, il y avait eu application précoce de la sérothérapie; et parmi les 5 cas de mort par septicémie de l'année 1896, 4 fois le sérum avait été administré d'une façon précoce.

Il ne nous est donc pas permis d'établir par ces constatations une influence marquée de la sérothérapie, employée chez les femmes soupçonnées d'infection, aussi bien sur la quantité ou le chiffre des infections, que sur la qualité ou le caractère de gravité de ces infections.

B. — Sérothérapie chez les femmes infectées

Nous allons étudier maintenant les observations des femmes traitées non plus pendant le travail, comme les précédentes, mais *pendant les suites de couches*, non plus soupçonnées d'infection, mais considérées comme infectées, et ayant reçu à ce titre des injections de sérum. Elles sont au nombre de 104 pendant l'année 1896.

Les quantités totales de sérum administrées dans la durée du traitement ont été depuis 10 ou 20 c. c. jusqu'à 350 et même 750 c. c.

Le sérum chez cette catégorie de femmes a été administré à *titre curatif:* nous pouvons donc juger de son action par l'examen du chiffre de la mortalité par septicémie en 1896, en le comparant aux chiffres des années précédentes :

	Accouchements ou avortements	Mortalité par septicémie
1894......	2.139............	4 cas = 0,18 p. 100
1895......	2.077............	5 cas = 0,24 p. 100
1896......	2.270............	5 cas = 0,22 p. 100

En 1896 le chiffre de la mortalité par septicémie a un peu diminué sur 1895, mais un peu augmenté sur 1894.

Il serait intéressant de pouvoir dire le diagnostic bactériologique des 5 cas de mort par septicémie de 1896. Il n'a pu être établi que dans deux cas, où il s'agissait d'infections dans lesquelles le streptocoque dominait.

Ces résultats de l'année 1896 ne peuvent nous servir à établir une différence bien marquée avec ceux des années précédentes. Nous n'avons même pas le droit de mettre à l'actif du sérum le fait d'avoir conservé, à peu de chose près, le taux ordinaire de la mortalité. En effet, la sérothérapie à *titre curatif* chez nos femmes infectées, n'a pas été employée à l'exclusion de toute autre méthode de traitement (irrigations intra-utérines, curettages).

On sait que l'on a fait le reproche à ces interventions de produire des réinoculations.

Nous ne nous sommes pas crus autorisés à exclure du traitement de l'infection puerpérale des moyens d'action qui, malgré les inconvénients possibles qu'on peut leur reconnaître, ont permis d'obtenir des résultats très probants, pour les remplacer par la sérothérapie, qui a encore ses preuves à faire dans le traitement de l'infection puerpérale. D'autant plus qu'en admettant même l'efficacité absolue de la sérothérapie, elle ne s'appliquerait qu'aux cas d'infections puerpérales à streptocoques, circonstance fréquente, mais non constante.

Or, comme, à l'heure actuelle, quoi qu'on en ait dit, il n'est pas de moyen de poser rigoureusement et encore moins cliniquement le diagnostic bactériologique de l'infection puerpérale, nous ne croyons pas qu'il soit permis de demander à la sérothérapie à l'aide d'un sérum antistreptococcique *toute seule*, les ressources du traitement contre une infection puerpérale. La sérothérapie curative ne peut et ne doit faire ses preuves qu'associée au traitement local, qui a fait les siennes, et qui a au moins le mérite d'un pansement antiseptique sur une plaie, dont la nature infectieuse ne peut pas toujours être exactement déterminée.

IV. — Conclusions générales.

I. — *Au point de vue expérimental*, en agissant avec des sérums de Marmorek, sur des animaux inoculés dans le sang avec des streptocoques provenant d'infections puerpérales, nous n'avons pas obtenu les effets préventifs et curatifs d'une façon régulière, surtout avec le sérum qui a été administré aux femmes pendant l'année 1896.

II. — *Au point de vue clinique*, nous ne trouvons pas de modifications assez sensibles dans les chiffres de la morbidité et de la mortalité par septicémie en 1896, à la clinique Baudelocque, où le sérum de Marmorek a été employé méthodiquement pour en tirer, à l'heure actuelle, une conclusion définitive.

Nous estimons qu'il faut pour cela une expérience plus longue et nous la continuons. Nous ne connaissons pas la valeur d'une *sérothérapie préventive.*

La sérothérapie curative de l'infection puerpérale par le sérum antistreptococcique, aussi longtemps qu'on n'aura pas les moyens de poser cliniquement le diagnostic bactériologique de l'infection, ne devra pas être pratiquée seule, à l'exclusion du traitement intra-utérin, qui a fait ses preuves, et qui, lui, s'adresse à toutes les infections quel qu'en soit l'agent pathogène.

2° **Rapport de E. Weinstein** (1).

Il y a deux méthodes pour vérifier l'action d'une substance thérapeutique, pour en étudier la nature, et l'efficacité, pour juger en général son emploi et les modes de cet emploi : soit une grande statistique des cas cliniques, soit des expériences sur les animaux.

En commençant mes études sur le sérum antistreptococcique appliqué au traitement de la septicémie puerpérale, études qui m'étaient inspirées par le très honorable Professeur D. O. de Ott à qui je dois ma reconnaissance la plus profonde, j'ai choisi la seconde méthode, car il m'était difficile d'avoir à ma disposition une quantité suffisante d'observations cliniques personnelles. Des expériences sur les animaux au sujet de l'action de ce sérum me semblaient d'autant plus désirables que jusqu'ici je ne connais pas d'expériences semblables. Les animaux se prêtent à des observations et à des opérations qui sont impraticables sur les parturientes. Dans mes recherches j'ai eu affaire à des accouchements à terme, à des accouchements prématurés et à des avortements artificiels. Les expériences ont été faites sur des chattes. Le choix de ces animaux a été fait par hasard ;

---

(1) Étude expérimentale du laboratoire bactériologique du priv. doc. M. le Dr Y. Bardach, à l'Université d'Odessa. Ce travail nous a été adressé directement par M. Weinstein. (H. V.)

je ne pouvais pas trouver d'autres grands animaux en état de grossesse.

Les expériences ont été faites de la manière suivante :

Immédiatement après le part j'introduisais dans le vagin de la chatte un petit spéculum spécial conique en verre. Au moyen de ce spéculum on injectait, à l'aide d'une pipette ou de la seringue de Pravaz munie d'une aiguille émoussée, dans la cavité de la matrice, 1/2 c.c. d'une culture streptococcique âgée de deux jours. Pour ces injections on se servait de cultures passées préalablement plusieurs fois par l'organisme de la chatte.

Au moyen de ce passage préliminaire la virulence de ce streptocoque devient plus grande pour l'organisme de la chatte.

Simultanément furent inoculées deux chattes, accouchées le même jour. Puis, l'une d'elles fut traitée par le sérum, l'autre resta comme témoin sans traitement. Chaque jour on leur prenait la température rectale, on examinait l'état général, on explorait la sensibilité de la partie postérieure de l'abdomen, on examinait les sécrétions. En outre, on faisait des analyses bactériologiques du sang et des sécrétions.

Pour étudier les changements pathologiques survenus dans l'organisme des chattes puerpérales ainsi inoculées, l'une d'elles a été tuée par le chloroforme au cours des phénomènes graves de la maladie (T. 40°,5). — La dissection fit voir une péritonite suppurée, un gonflement et une infiltration suppurée de la matrice avec une quantité de streptocoques dans les vaisseaux thrombosés.

Le traitement commençait aussitôt que l'infection s'annonçait par l'élévation de la température. Avant les expériences toutes les chattes furent pesées. Le sérum était employé suivant des méthodes diverses : à petites et rares doses (4-8 c. c.), à doses un peu plus grandes et plus fréquentes (10-12-15 c. c.) et enfin à grandes doses (20-30 c. c.).

Pour mes recherches le sérum m'était aimablement fourni par M. le Dr Marmorek, à qui je dois ma reconnaissance la plus sincère.

Voici brièvement rapportés les résultats de mes observations.

Tandis que les chattes traitées par le sérum supportent l'infection très facilement, les chattes témoins non traitées sont tout le temps très malades.

Les premières ont la température plus basse; les sécrétions sont moindres, elles ne contiennent pas de streptocoques ou très peu; dans le sang on trouve des streptocoques non virulents (des formes d'involution) ou on n'en trouve pas du tout; il n'y a pas de sensibilité de la partie postérieure de l'abdomen, pas de perte de poids; les animaux sont gais et ils mangent assez bien.

Dans le même temps les chattes non traitées ont toujours la température élevée (40-41°,5), une quantité considérable de sécrétions sanguines avec une masse de streptocoques virulents; dans leur sang on trouve constamment des streptocoques virulents; elles maigrissent fortement, deviennent chauves, perdent de leur poids, sont apathiques, somnolentes, ne mangent pas, ont une grande sensibilité de la partie postérieure de l'abdomen, une suppuration dans la cavité du bassin et enfin elles périssent lentement d'épuisement; ou bien la mort arrive du dixième au quinzième jour dans les cas où tous ces symptômes sont très aigus.

Quant à la température en particulier, elle augmente ordinairement au commencement de la cure sous l'influence du sérum, mais déjà après douze ou vingt-quatre heures elle tombe. Après chaque nouvelle injection la température tombe plus bas qu'après l'injection précédente.

Les injections doivent être commencées aussitôt que la température s'élève (tout cela s'adresse aux cas où les recherches bactériologiques démontrent que l'infection est occasionnée par des streptocoques purs).

La quantité de sérum qui doit être injectée dépend de la gravité du cas.

Nos observations expérimentales nous montrent que la température tombe plus bas, reste basse plus longtemps, et que l'état général est meilleur, si l'on injecte une grande dose de

sérum aussitôt que la température s'élève après l'infection. Cette efficacité du sérum doit être soutenue quelque temps dans les jours suivants par des doses plus petites. Combien de jours faut-il répéter les injections des doses diminuées après la première injection d'une grande quantité? Cela dépend de la gravité du cas et ne peut pas être indiqué en règle générale.

Dans un de mes cas surtout l'action du sérum fut frappante.

Tandis que la chatte n° 5, qui recevait de grandes et fréquentes doses, avait bien vite la température normale, un état général magnifique et ne perdait pas de son poids, la chatte témoin n° 4, inoculée en même temps de la même culture que le n° 5, périt au bout de quatorze jours. Toute la cavité du bassin ne formait qu'un vaste abcès qui s'était ouvert au dehors par la peau et devint un énorme cloaque. Avant cela les extrémités postérieures étaient paralysées. Avant la mort de la chatte sa température tomba jusqu'à 36° (la température normale chez les chattes est ordinairement 37°,5-38° et ce n'est qu'après les couches qu'elle s'élève à 39° pour tomber dans quelques heures chez les chattes bien portantes jusqu'à 37°,5). Cette chatte (n° 4) avait perdu plus d'une livre et demie de son poids.

Chaque élévation suivante de la température exige la réitération des injections.

Grâce à son mode d'action, le sérum a plutôt des propriétés immunisantes que curatives. A l'appui de cette action immunisante je citerai le cas de M. Boucheron. Désirant faire l'opération de la cataracte chez un diabétique atteint de lymphangite du pied à streptocoques purs, il injecta au malade *avant* de l'opérer du sérum antistreptococcique. On ne remarqua aucune conséquence défavorable. L'opération réussit bien malgré la disposition des diabétiques aux maladies et surtout en présence du streptocoque.

Ce cas ainsi que l'efficacité du sérum là où les injections étaient commencées à temps laissent à penser qu'il faut peut-être se servir du sérum même dans les cas où l'infection n'est que soupçonnée. Cette catégorie comprendrait des accouche-

ments reconnus malpropres et surtout des avortements, des cas où il y a rétention des membranes.

C'est en se servant du sérum le plus tôt possible et dans des cas moins graves que son action se montre la meilleure.

L'application efficace du sérum dans les cas moins graves ne laisse pas présumer que ces cas auraient pu se passer d'un traitement quelconque ou de celui par le sérum. Les propriétés biologiques du streptocoque le prouvent, car le streptocoque est apte dans sa virulence à passer souvent de l'état de simple saprophyte à celui de streptocoque d'une grande toxicité.

Si l'application du sérum est retardée ou si l'on en injecte une quantité insuffisante (petite), les streptocoques, avant que le sérum produise son action bienfaisante (l'augmentation de la leucocytose), acquièrent en s'adaptant à l'organisme une plus grande virulence et paralysent ou bien atténuent fortement l'efficacité du sérum.

Mes observations expérimentales le démontrent. Le sang tiré de l'incision de l'oreille des chattes traitées à petites doses contenait des streptocoques purs. Mais tandis que dans ce sang on trouvait moins de streptocoques, et ceux-ci d'une petite virulence, dans le sang des chattes *non traitées* les streptocoques se rencontraient en quantité considérable et étaient très virulents. En même temps chez les chattes traitées dès le début à grandes doses ces microbes manquaient totalement.

Ce fait est d'accord avec l'observation de M. Grandmaison qui par injection du sérum obtint une guérison complète dans un cas de septicémie puerpérale streptococcique pure où le sang de la malade ne contenait guère de microbes, tandis que dans un autre cas où le sang contenait des microbes l'injection n'eut aucun succès.

Quant à mes deux observations cliniques, elles sont en harmonie avec celles de M. Grandmaison.

Dans un cas j'avais affaire à une *péritonite septique consécutive à une myomotomie abdominale*, dans l'autre à une septicémie puerpérale grave. Chez les deux malades le sang contenait beaucoup de streptocoques; les injections de sérum

furent commencées tard par suite de circonstances indépendantes de ma volonté et les malades moururent.

Ainsi, en général, je m'explique l'échec du sérum en clinique : 1° par l'application du sérum dans des cas où l'infection n'est pas de nature streptococcique pure; 2° par le retard apporté à l'emploi des injections, et enfin 3° par l'insuffisance des doses de sérum.

En général, d'après la statistique de M. Fehling, l'application du sérum de M. Marmorek dans des cas cliniques de septicémie puerpérale a eu pour résultat une mortalité de 40 p. 100. Si nous prenons en considération que jusqu'à présent on a injecté le sérum presque toujours *in extremis*, c'est-à-dire là où on en exigeait des miracles, il faudra avouer, que 60 p. 100 de succès n'est pas peu.

Au cours de mes injections je n'ai remarqué aucun trouble de l'état général occasionné par le sérum lui-même. J'ai injecté du sérum à des lapins bien portants, dans d'autres expériences, et je n'ai observé que rarement une élévation de la température d'un 1/2 à 1°.

L'élévation de la température, sous l'influence du sérum injecté, dans des cas de septicémie puerpérale, n'est pas le résultat indispensable de la qualité spécifique de ce remède.

Nous voyons que la température s'élève après la transfusion du sang ou après les injections dans l'organisme de matières indifférentes comme par exemple la solution physiologique de sérum artificiel.

Quant aux éruptions cutanées qu'on observe quelquefois après l'application du sérum, elles doivent passer pour des phénomènes accidentels qui ne disent absolument rien contre le sérum.

Il est connu, par exemple, que si nous prenons du sang chez un animal immédiatement après l'avoir nourri et si nous en injectons le sérum, nous verrons chez l'injecté survenir une élévation de la température et des éruptions.

Cela veut dire que le sang reçoit du canal digestif quelques matières d'une nature toxique ou plutôt pyrétogène.

Enfin, l'apparition d'abcès aux lieux des injections démontre que le sérum possède peut-être des propriétés bénignes *chimiotactiques* qui changent l'infection générale en infection locale, en attirant les microbes hors de la circulation du sang et en les concentrant dans une place.

Avant de faire le résumé de mes expériences, je me permets de noter encore un fait, observé au cours de mes recherches.

Tous les petits des chattes infectées et non traitées, qui étaient nourris par leurs mères, périssaient tous dans un court espace de temps fortement épuisés. En même temps les petits des chattes malades et traitées par les injections de sérum restaient toujours tout à fait bien portants. Quand je faisais allaiter ces petits par une chatte infectée et non traitée, ils commençaient à maigrir et périssaient en quelques jours.

Les examens bactériologiques du sang et des organes de ces petits chats ne révélèrent pas la présence de streptocoques.

Je suis loin de vouloir donner une explication de ce phénomène intéressant. Je crois seulement que peut-être les toxines du sang de la mère malade passent dans son lait et empoisonnent ainsi les petits.

Peut-être ces observations donneront-elles une solution à la question suivante : une accouchée atteinte de septicémie puerpérale doit-elle nourrir elle-même son nouveau-né ?

Ainsi, *l'application du sérum antistreptococcique ne présente aucun danger pour l'organisme*.

L'efficacité de ce sérum exige une infection à streptocoques purs, des injections hâtives et à grandes doses.

Certainement, même dans les conditions indiquées, nous rencontrerons des cas où le sérum ne réussira pas. L'organisme humain n'est pas une cornue, où l'introduction du sérum curatif pourrait être comparée à une simple neutralisation d'un acide par de la lessive. L'organisme lui-même aura toujours une influence considérable sur l'issue finale.

A la fin je me permets de toucher encore une question qui a un intérêt pratique.

Y a-t-il des raisons de combiner dans la septicémie puerpé-

rale les injections du sérum de M Marmorek avec le traitement local de la maladie ?

Quant à moi, je ne puis me prononcer que théoriquement, et je pense que l'extraction des microbes et de leurs toxines hors de la cavité de la matrice, faite à temps et soigneusement, sera toujours une action très rationnelle. M. Marmorek avait probablement en perspective l'abus du curettage et de divers lavages de la matrice, quand il les a complètement proscrits dans sa communication sur le sérum.

Ainsi, en enlevant le dépôt des microbes, c'est-à-dire le contenu de la matrice, et en donnant à l'organisme malade les moyens que la nature lui avait insuffisamment accordés, nous allons au-devant de l'idéal de la médecine : *aider la nature.*

Toutes mes expériences ont été faites dans le Laboratoire bactériologique de l'Université d'Odessa, sous la direction de son chef le Priv. Doc. M. le Dr Y. Bardach, à qui je dois ma reconnaissance cordiale.

Discussion.

Y prennent part Zamschin, v. Ott, La Torre, Carbajal et Pinard. Pour la plupart, ils reconnaissent que le sérum antistreptococcique n'est pas suffisamment expérimenté, qu'on ne peut encore le préconiser comme agent curatif, mais que, toutefois, son innocuité justifie de nouvelles expériences.

La fin de la séance est occupée par diverses communications.

1° H. VARNIER.

COUPES PAR CONGÉLATION (FAITES EN COLLABORATION AVEC M. CHAMPETIER DE RIBES) D'UNE MULTIPARE EN TRAVAIL MORTE D'HÉMORRHAGIE PAR INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA.

J'ai l'honneur de vous présenter les photographies, en grandeur naturelle, de coupes par congélation faites, par M. Champetier de Ribes et par moi, sur une multipare en travail, morte d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta.

Voici, brièvement résumée, l'histoire de ce cas qui sera publié en détail dans un atlas actuellement sous presse (1).

Il s'agit d'une femme de 29 ans, multipare, apportée à la Maternité de l'hôpital Tenon, le 30 juin 1893, à 6 heures du matin. Elle perdait du sang depuis la veille dans la soirée. Au moment de son entrée elle était saignée à blanc. Le pouls était imperceptible.

Au toucher : col incomplètement effacé, mou, admettant deux doigts ; au moment des contractions les membranes bombaient à travers l'orifice. On sentait à droite, à travers les membranes, une tête mobile, incomplètement engagée ; à gauche, une masse molle, épaisse, s'étendant surtout en arrière et empiétant de moitié sur l'orifice : c'était le bord du placenta. Le sang coulait toujours.

Immédiatement l'interne rompit et déchira les membranes avec le doigt. L'écoulement sanguin s'arrêta aussitôt.

La malade s'affaiblit néanmoins de plus en plus et meurt au bout de quelques instants, avant qu'on ait pu préparer le nécessaire pour une injection de sérum.

Nous fîmes congeler le cadavre dans le décubitus dorsal. Je vous présente les deux moitiés de la coupe médiane et verticale d'où le fœtus a été tiré.

Voici la moitié gauche : vous y voyez la plus grande partie du placenta qui s'y trouve inséré. Vous constatez que nous avons affaire à une insertion vicieuse parfaite, à un placenta prævia complet, empiétant de 3 centimètres sur la paroi antérieure du segment inférieur. Et pourtant il s'agit d'un placenta inséré en majeure partie *sur le corps de l'utérus*, puisque son bord supérieur se trouve à trois travers de doigt seulement du fond de l'utérus, à plus de 10 centimètres au-dessus du promontoire, à 20 centimètres au-dessus de l'orifice interne. Ce placenta n'est donc prævia que par une languette de quelques centimètres.

Pour ce cas en particulier, l'explication du mode de formation

(1) In-folio. G. Steinheil, édit.

de la portion prævia aux dépens du chorion réfléchi, telle que la donne Hofmeier, est très plausible, très séduisante. C'est tout ce que nous pouvons dire actuellement.

Remarquez encore que, contrairement à ce qui est généralement enseigné, la portion prævia, la languette insérée sur le segment inférieur n'est pas atrophiée. C'est au contraire la portion de beaucoup la plus développée, la plus épaisse ; et l'examen histologique nous a prouvé que cette épaisseur n'est pas due, sinon pour la portion décollée et engagée dans le col, à la congestion résultant de la position déclive et de la compression.

Enfin j'insiste sur ce double fait :

1° Que la portion décollée est très minime;

2° Mais qu'il s'agit d'un *placenta prævia postérieur*.

Cette insertion postérieure (pour des raisons mécaniques qui seront développées ultérieurement) est la plus grave.

L'étude de ces coupes prête à bien d'autres considérations. Mais je ne veux pas abuser de votre temps, d'autant que, vous le voyez, la publication est en cours; vous pourrez bientôt avoir cet atlas en mains pour l'étudier à loisir.

2° H. VARNIER

DE L'ATTITUDE DE LA TÊTE AU DÉTROIT SUPÉRIEUR ET DU MÉCANISME DE SON ENGAGEMENT

Présentation, a ce sujet, de quatre nouvelles coupes par congélation faites en collaboration avec MM. Pinard et Champetier de Ribes.

Dans un atlas que beaucoup d'entre vous connaissent nous avons, M. Pinard et moi, développé cette thèse, contraire aux idées reçues, contraire à l'enseignement classique :

1° Que dans le décubitus dorsal le corps de l'utérus gravide ou parturient est en rétroversion, couché et moulé sur la colonne lombaire; que par suite l'axe utérin ne peuvent coïncider avec l'axe pelvien.

(Les quatres nouvelles coupes que je vous présente viennent à l'appui de cette première proposition.)

2° Que dans les bassins normaux, comme dans les bassins moyennement viciés, aplatis et symétriques :

a) La tête avant son engagement est asynclitique et non pas synclitique ;

b) Elle est asynclitique à l'inverse de ce qu'a dit Nægele, car elle présente et engage d'abord son pariétal postérieur ;

c) L'engagement se fait par correction progressive de cet asynclitisme postérieur, par bascule, par recul du pariétal postérieur dans la concavité sacrée ;

d) L'engagement accompli, l'asynclitisme postérieur persiste encore, à un plus faible degré ;

e) Ce n'est qu'au cours de la descente que le synclitisme se produit et pas pour longtemps.

Les quatre nouvelles coupes que je vous présente viennent à l'appui de cette deuxième proposition.

La première coupe est celle dont je vous ai entretenu précédemment (p. 440 à 442).

La seconde (faite en collaboration avec M. Champetier de Ribes) provient d'une primipare de 18 ans, albuminurique et éclamptique, morte 55 heures après son entrée à l'hôpital Tenon (février 1897) et quelques heures après la mort du fœtus. Grossesse de 7 mois environ. Pas de début de travail. Bassin de 101 millim. Présentation du sommet en gauche transversale. Tête au détroit supérieur, asynclitique, présentant le pariétal postérieur. Bi-pariétal, 84 millim.

La troisième (faite en collaboration avec M. Pinard) provient également d'une primipare, albuminurique et éclamptique, ramassée dans la rue en état comateux, apportée à la Clinique Baudelocque (juillet 1895), morte 10 jours après son entrée. Le fœtus a succombé quelques heures avant la mère. Grossesse de 7 mois environ. Bassin de 101 millim. Présentation du sommet en gauche transversale. Tête amorcée, asynclitique, présentant le pariétal postérieur. Bi-pariétal, 76.

La quatrième (faite en collaboration avec M. Champetier de Ribes), est celle d'une secondipare de 36 ans, albuminurique et éclamptique, morte 24 heures après son entrée à l'Hôtel-Dieu (mai 1897), 12 heures après la mort du fœtus. Grossesse de 8 mois environ. Pas de début de travail. Bassin de 95. Présentation du sommet en gauche transversale. Tête engagée à fond. Le synclitisme est réalisé. Bi-pariétal 88.

A propos de la double thèse que je viens de rappeler M. Barbour nous a fait antérieurement trois objections :

1° L'utérus sur le cadavre est en rétroversion, c'est vrai. Mais, dit-il, l'utérus vivant se comporte autrement.

A quoi je réponds en vous présentant, à côté des photographies de nos coupes, des photographies de femmes vivantes approchant du terme, et vues de profil dans le décubitus dorsal. Vous pouvez vous convaincre que le profil cadavérique et le profil vivant sont identiques.

2° Mais l'utérus qui se contracte se redresse, ajoute M. Barbour.

A quoi je réponds en vous présentant, à côté des deux profils précédents, le profil de la femme vivante, pendant une contraction utérine du travail. Les trois profils sont à très peu de chose près superposables.

3° Mais, ajoute M. Barbour, l'obliquité de la suture sagittale peut vous tromper quant à ses rapports avec l'axe du détroit supérieur. Il suffit pour cela que vos coupes ne soient pas absolument médianes.

Ici encore la réponse est aisée. Au lieu de la suture, prenez pour points de repère l'oreille antérieure et le bord supérieur du pubis. La cause d'erreur invoquée disparaît.

En prenant ces points de repère pour nos quatre nouvelles coupes, vous pouvez constater que tout ce que nous avons avancé précédemment est exact.

Ces coupes seront ultérieurement publiées.

3° Dr ANTONIO J. CARBAJAL (Mexico).

TRAITEMENT DES PRÉSENTATIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES

Les présentations occipito-postérieures ne peuvent être considérées comme rigoureusement eutociques ; donc elles doivent être supprimées ou corrigées, afin d'éviter que la tête soit expulsée ou extraite dans cette position.

L'auteur développe les arguments théoriques et cliniques sur lesquels il fonde sa thèse.

Il décrit une nouvelle méthode pour faire, avant le travail de l'accouchement, la rotation de la tête. L'efficacité de cette méthode lui paraît démontrée par des faits cliniques.

Il décrit aussi un autre procédé pour faire la rotation pendant le travail, avant la rupture de la poche des eaux, vérifié également par des cas cliniques.

Séance du 23 août (soir).

La septième question à l'ordre du jour est:

LA VALEUR COMPARÉE DES DIVERSES MÉTHODES OPÉRATOIRES DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DE L'UTÉRUS ENVISAGÉES COMME MOYEN DE PRÉVENIR LES RÉCIDIVES

Rapporteur: GOUBAREFF (Moscou).

Rapport de Goubareff (1).

Alors même que les données statistiques permettraient de tenir pour équivalente à l'extirpation totale de l'utérus l'amputation du col dans les cas de cancer de la portion vaginale, il importe toutefois, dans l'appréciation d'un procédé opératoire radical, de prendre en considération la disposition topographique des vaisseaux lymphatiques qui sont atteints dans l'évolution progressive du néoplasme. Pour ces raisons, il est

(1) Résumé par l'auteur.

nécessaire d'accorder autant d'importance, dans l'opération du cancer utérin, à l'extirpation des ganglions lymphatiques et de tout le tissu de la base des ligaments qu'à l'extirpation des ganglions axillaires quand il s'agit de cancer du sein. Or, avec l'extirpation vaginale, on ne peut obéir à cette indication formelle même au prix des incisions vagino-périnéales de Schuchardt. L'extirpation abdominale démontrerait en beaucoup de cas l'inutilité du procédé, en mettant en évidence des glandes et des métastases lymphatiques restées inaccessibles au palper. Ce n'est que dans le cancer du corps que l'extirpation vaginale peut être tenue pour radicale, parce que les vaisseaux lymphatiques dans la portion supérieure des ligaments larges ne sont affectés que tardivement. Trois cas opérés par Goubareff, par l'abdomen, démontrent la possibilité d'enlever, par cette voie, la plus grande partie du tissu conjonctif sous-ligamentaire.

L'opération de l'avenir, c'est la cœliotomie abdominale, qui, peut-être, est appelée à donner dans le cancer de l'utérus ce que l'intervention radicale donne dans le cancer du sein ou de telle autre région du corps.

Discussion.

KÜSTNER

Toutes les recherches complémentaires chez les opérées devraient être faites au moyen de l'exploration externe par les médecins. Il importe de ne pas se fier aux renseignements écrits par les malades. Beaucoup de cancers sont des cancers en état d'ectropion dans lesquels il faut voir des cancers du canal cervical, qu'il ne faut pas prendre pour des cancers de la portion vaginale ; cela est important au point de vue de la participation des lymphatiques au processus. Dans la période initiale, il faudrait intervenir toujours par le vagin. Pour éviter les récidives, il faut d'ordinaire cautériser tout le tissu morbide. Küstner emploie la soie fine et non le catgut parce que la résorption trop rapide de ce dernier n'assure pas la mortification des tissus pris dans les ligatures.

Il est incontestable qu'avec l'opération de Freund on peut pénétrer jusque dans le paramétrium. Mais cette opération est beaucoup plus

dangereuse que l'extirpation par le vagin. Aussi il n'est pas vraisemblable qu'elle fasse actuellement abandonner cette dernière. L'auteur a pratiqué 18 opérations de Freund avec 4 morts. Dans tous les cas obscurs et dans ceux où l'on est assuré de pouvoir tout enlever par le vagin, il faut, après libération de la portion vaginale, terminer par en haut. Nombre de fois, on pourra alors constater que l'opération radicale elle-même reste insuffisante. Il existe trois modes de traitement de la plaie opératoire : 1) suture complète du péritoine, 4 opérations, 2 morts ; 2) fermeture de la paroi abdominale et tamponnement par le vagin, 4 opérations, 2 morts ; 3) fermeture du vagin, et application d'un tampon à la Mikulicz au niveau de l'angle inférieur de la plaie abdominale, 10 opérations, 10 guérisons.

V. OTT

Ott a fait, en général, dans le cas de cancer, l'opération vaginale, radicale ; 4 fois il a combiné les voies abdominale et vaginale. Il a substitué, à la suite d'un décès par hémorrhagie secondaire, à l'application des pinces, les sutures à la soie. 4 fois le néoplasme se compliquait de grossesse et dans un de ces cas (opération vagino-abdominale) il réussit à extraire un enfant vivant. Les résultats définitifs qu'il a obtenus sont très favorables. 1 des cas encore indemne de récidive date de douze ans, d'autres de onze, dix, huit et six années. *Le cancer de l'utérus est donc une affection curable souvent par l'extirpation vaginale totale.*

OLSHAUSEN

La question de la meilleure méthode opératoire est subordonnée à celle-ci : opérera-t-on même si l'on reconnaît l'existence de ganglions ? En général, Olshausen n'opère plus quand le processus a dépassé l'utérus ; et, dans les cas où il est limité à l'utérus, l'intervention par le vagin est préférable. Mais quand on se décide à attaquer les cancers développés au delà de l'utérus, la cœliotomie abdominale permet seule une action suffisante. Eu égard à l'intervention vaginale, il faut distinguer les cancers de l'utérus en *a*) cancers du corps et *b*) cancers du col, ces derniers se subdivisant en *c*) cancers du col et *d*) cancers de la surface externe du col. Les cancers du col comportent un pronostic beaucoup plus favorable que ceux de la surface du col, parce que les lymphatiques partis de la surface propagent la néoplasie aux culs-de-sac.

FALK

Quel que soit le procédé opératoire, les résultats sont d'autant meilleurs qu'on intervient plus tôt.

Pour réaliser cette condition, il faut généraliser l'examen microscopique non seulement de fragments pris sur la portion vaginale ou de parties de l'endométrium, mais aussi des polypes du col, parce que ceux-ci deviennent, assez souvent, le point de départ de dégénérescences cancéreuses.

Il ne saurait souscrire, d'après la statistique de Landau et les opérations, d'ailleurs peu nombreuses (9) qui lui sont personnelles, aux objections faites à l'emploi des pinces ; 9 interventions avec 9 succès.

DÜHRSSEN

dit que les avantages de l'intervention précoce dans la méthode associée à l'emploi des pinces ne compensent pas ses inconvénients ; les hémorrhagies secondaires sont surtout à craindre.

La fin de la séance est occupée par diverses communications.

1° AUGUSTE P. CLARKE, A. M. M. D. (Cambridge).

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FIBROMYOMES DE L'UTÉRUS (1)

Après quelques mots sur les différentes méthodes de traitement des fibro-myômes l'auteur dit que la salpingo-oophorectomie peut être avantageusement employée dans les cas où l'hémorrhagie, causée par la tumeur, deviendrait un symptôme alarmant, et aussi dans les cas où le fibrome subpéritonéal prendrait un développement trop rapide. Néanmoins si la tumeur n'était pas trop grosse,. si elle se trouvait dans le segment central de l'utérus, si les tissus étaient très vascularisés, une ligature des artères utérines serait d'une action suffisante.

Si durant leur croissance les fibromes interstitiels prennent une direction vers l'extérieur, on peut y remédier par l'usage de la curette, surtout en y ayant recours après chaque période

(1) Résumé par l'auteur.

menstruelle. Dans certains cas les fibromes sous-muqueux peuvent être énucléés sans danger à travers une incision qui peut être faite de l'intérieur de la cavité utérine avec tamponnement et pincement des vaisseaux incisés.

Les fibromes sous-péritonéaux et ceux situés dans le fond de l'utérus peuvent être plus facilement extraits par une incision des parois abdominales.

De cette manière on se rend plus facilement maître des vaisseaux trop abondamment développés. On pourrait obvier au danger de la myomectomie, dans les cas de fibromes sous-séreux ou de fibromes tendant à se propager vers la surface de l'organe, par un emploi abondant de sutures aseptiques.

Si un néoplasme comparativement petit se trouvait dans la partie inférieure de l'utérus, une énucléation pourrait s'effectuer par le vagin. En employant un *uterine-guide* et un *hystérectomy-staff* pour relever l'utérus, la tumeur pourrait être extirpée avec succès au moyen d'une incision abdominale.

Dans le cas où la tumeur située dans le corps de l'utérus serait à tel point adhérente au tissu de l'organe qu'elle n'en pourrait être séparée, nous pourrions trouver les meilleures chances de succès dans une hystérectomie supra-vaginale ou bien dans une ablation totale de l'utérus d'après la méthode vagino-abdominale.

L'ablation de la portion malade de l'utérus en entier rend le drainage plus facile ; on agit avec le pédicule comme dans la méthode extra-péritonéale. Il y aura dans ces conditions moins de danger d'irritation pour les tissus adjacents ; et les parties extérieures du vagin seraient exemptes des effets du catarrhe ultérieur de l'utérus. L'auteur dit plus loin que lorsque la croissance du fibrome est rapide, la santé de la malade s'altère très vite, l'auto-infection et une longue suite de symptômes locaux et généraux apparaissent tôt ou tard. Les variétés des fibromes sous-séreux, à pédicule, qui se développent dans le segment inférieur de l'utérus, quoique pouvant rétrocéder ou bien présenter l'infiltration calcaire, sont aptes à occasionner sur les uretères et le tissu rénal une impression

pouvant produire une contraction des reins et amener des résultats fatals.

Entre autres suites de la non-extraction des fibro-myômes par des moyens de chirurgie radicaux, il peut se produire une dégénérescence maligne de la tumeur, ce qui, d'après les observations de l'auteur, ne serait pas rare.

Discussion.

OTT

Ott recommande vivement l'extirpation vaginale totale dans le traitement chirurgical des myômes. Il a pratiqué cette opération 187 fois avec seulement 3 décès. Il conserve sur cette opération la même manière de voir qu'il a exprimée au Congrès de Rome.

SNÉGUIREFF

Snéguireff conseille d'opérer les myômes volumineux d'après la méthode de Doyen avec traitement extra-péritonéal du pédicule.

Dans le cours de la discussion, La Torre et Olshausen parlent dans le sens d'une restriction des opérations pour myômes ; à leur avis, l'opération serait en beaucoup de cas inutile ; par contre Dührssen se prononce en faveur d'une extension des indications de l'opération, spécialement de l'hystéro-myomectomie vaginale.

2° SNÉGUIREFF

DE LA VAPORISATION

Il y a plusieurs années déjà que l'auteur a proposé de chercher la guérison des hémorrhagies utérines par l'emploi de la vapeur d'eau. L'action de la vapeur sur la muqueuse utérine, prolongée une minute, rend la muqueuse blanche et humide. Quand il existe des hémorrhagies, elles cessent presque à l'instant ; l'écoulement utérin diminue et perd toute mauvaise odeur. Le surlendemain, en général, l'écoulement se reproduit mais moins abondant qu'avant la vaporisation ; le traitement n'entraîne aucune irrégularité dans la menstruation et ne compromet pas l'avenir au point de vue de la grossesse. Il ne faut pas employer

la vaporisation dans le cas de maladie des annexes. Quand on fait agir longtemps la vapeur, plus d'une minute, la destruction de la muqueuse est possible. Snéguireff n'utilise cette action prolongée que dans les métrorrhagies persistantes de la ménopause, quand des curettages réitérés ont échoué. Sur un ensemble de 400 à 500 cas, il n'a jamais observé une conséquence fâcheuse quelconque de la vaporisation. L'expérience clinique et les recherches expérimentales ont établi que la vaporisation constitue une très puissante méthode d'hémostase.

3° GOUBAREFF

TECHNIQUE DE LA VAPORISATION

L'utérus ayant été dilaté après narcose, on introduit dans sa cavité un cathéter perforé à son extrémité, cathéter qui est fixé pour une minute à un tube métallique en communication avec une source de vapeur. A la sortie du tube, la vapeur est à peu près à la température de 100° ; son action ne doit pas se prolonger au delà d'une demi à une minute. On peut employer avec succès la vaporisation dans les interventions chirurgicales sans que la réunion par première intention en soit troublée; elle facilite l'extirpation des tumeurs et fournit des résultats définitifs excellents.

4° Dr NOLTSCHINI

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LAPAROTOMIE SECONDAIRE CHEZ LA FEMME (1)

Je désigne sous ce titre les laparotomies qui constituent le traitement opératoire parfois unique dans les complications consécutives aux laparotomies primaires, comme l'ovariotomie, ablation des annexes, l'extirpation abdominale de l'utérus fibromateux et pour grossesse ectopique.

Toute laparotomie pour les affections que nous venons d'énumérer peut être suivie de complications, que nous diviserons en 4 groupes : 1° iléus, 2° hémorrhagies internes consécutives,

(1) Résumé par l'auteur.

3° compression des uretères et 4° péritonite généralisée. Je n'ai pas naturellement à parler des cas dans lesquels des pinces, des compresses, des éponges, etc., ont été abandonnées dans la cavité péritonéale, cas où l'opération est également indispensable, car ils doivent être considérés comme tout à fait exceptionnels.

Ces quatre groupes d'indications amènent à la réouverture de la plaie abdominale, qui est le seul moyen sûr pour enlever la cause d'une complication qui fatalement emporte la malade non seulement souvent, mais dans la plupart des cas.

Les cas de laparotomie secondaire rapportés dans la littérature sont peu nombreux, et les auteurs ne sont pas d'accord sur le moment où il faut réouvrir la plaie, cette question est cependant très importante.

La question des complications qui suivent les laparotomies, et particulièrement celles qui sont dues aux adhérences, cause la plus fréquente de l'iléus, a été posée pour la première fois, il y a onze ans, au premier Congrès des gynécologues allemands, tenu à Munich. Leur formation a été attribuée à plusieurs causes par les chirurgiens qui y étaient présents. Ainsi P. Müller attribuait à l'action du bandage compressif trop serré la formation des adhérences et conseillait pour les éviter l'injection d'eau salée dans la cavité péritonéale.

Olshausen incriminait l'emploi de l'iodoforme et Kaltenbach celui de l'acide phénique, d'autres celui du cautère actuel, des ligatures, de toutes les solutions chimiques plus ou moins fortes, qui ont une influence destructive sur le péritoine.

La question des adhérences donna naissance à toute une série de travaux expérimentaux, tels que ceux de Dembowsky, Obalinsky, Kälterborn, qui ont expérimenté sur des animaux en pratiquant des laparotomies avec précautions antiseptiques, sur l'emploi du cautère actuel, des ligatures et des solutions chimiques. Les mêmes expériences ont été répétées par Thomson dans les conditions d'asepsie. Mais tous ces travaux n'ont pu expliquer et préciser la nature même et les causes des adhérences.

Des thèses, basées sur des observations cliniques sur le même sujet, ont été publiées en Allemagne par Dahm, en France par Tuja, Collas et Lostalot-Bachoué.

Dans ces travaux sont traités sommairement l'étiologie, les symptômes, le diagnostic et le traitement de l'iléus, les laparatomies secondaires y comprises. Mais les observations ne sont pas nombreuses, les conclusions sont sommaires, il n'y a pas d'indications sûres, comme symptômes de diagnostic, ni d'indications précises pour la laparotomie secondaire. A la clinique gynécologique de Moscou il s'est amassé entre les mains d'un seul opérateur un matériel suffisant, je dirai même plus, le plus vaste peut-être, pour aborder cette question : à savoir 15 cas de laparotomies secondaires sur 654 cas de laparotomies primaires en 1890-1896.

Nous avons relevé dans la littérature 56 observations suivies de leurs détails, en y ajoutant 15 observations de la Clinique gynécologique de Moscou, nous avons 71 observations ; en plus nous avons reçu de quelques chirurgiens des notes sans descriptions détaillées ne contenant que le diagnostic des complications consécutives après des laparotomies primaires. Ces cas sont au nombre de 36 ; ainsi le chiffre total, dont nous disposons, s'élève à 107. Tout d'abord nous allons discuter la fréquence d'application de la laparotomie secondaire.

Nous avons vu que dans la clinique de Moscou, elle a eu lieu 15 fois sur 654 observations.

Martin : sur 1,636 laparotomies primaires, la laparotomie secondaire a eu lieu 8 fois.

Chrobak : sur 964 lap. primaires — 3 fois laparotomie secondaire.

Schultze sur 530 lap. primaires — 4 fois la laparotomie secondaire.

Ainsi nous voyons que de 3160 laparotomies, 15 laparotomies ont été secondaires; cela fait sur mille laparotomies 4, 7 fois; près d'un demi p. 100. La Clinique gynécologique de Moscou fait exception, car elle donne le chiffre 2,3 p. 100.

C'est l'iléus, qui a été la cause la plus fréquente de ces interventions.

Quelle est sa fréquence? A la Clinique gynécologique de Moscou il y a eu 10 laparotomies secondaires pour l'iléus sur 654, ce qui fait 1,5 p. 100. Fritsch donne le même chiffre, en disant que l'iléus a emporté 1,6 p. 100 des laparotomisées. Rohe affirme que l'obstruction intestinale a lieu une ou deux fois pour 100.

D'après les chiffres que nous venons de mentionner, la laparotomie secondaire due à un iléus, doit mener à des résultats assez favorables. Si nous ajoutons encore que quelques cas ont été opérés dans le collapsus, le p. 100 des décès s'abaisserait davantage,

Or les chiffres prouvent que les indications pour la laparotomie secondaire ont été bien fondées. En ce qui concerne l'analyse clinique, personne n'ignore que nous ne possédons strictement aucun symptôme pathognomonique de l'obstruction intestinale.

Quelques auteurs ont attaché beaucoup d'importance à des symptômes particuliers, comme le vomissement fécaloïde; mais de nos observations, il résulte qu'ils ont lieu dans la paralysie intestinale, surtout dans la dernière phase du développement de l'obstruction intestinale, où le succès de l'intervention chirurgicale est presque impossible. En outre, le vomissement avec masses fécales n'existe pas; il n'y a que le vomissement avec odeur fécaloïde, causé par la pénétration du contenu de l'intestin grêle dans l'estomac, et par l'absence de résorption dans l'état de paralysie des intestins. A ce moment, comme dit Fritsch, l'intestin ne résorbe point, il transpire seulement.

Obalinsky appuie particulièrement sur le symptôme indiqué par Wahl, le météorisme partiel de l'abdomen ; le scrobiculum cordis est gonflé, au contraire au-dessus de la symphyse la paroi abdominale est affaissée et la plus grande distension correspond à l'endroit de l'étranglement; ici l'intestin fait une coudure et à l'auscultation un bruit métallique se fait entendre, il est causé par le déplacement du liquide. A la palpation on perçoit un

mouvement antipéristaltique des intestins, même visible. Mais ce symptôme ne se rencontre pas souvent.

La présence de l'indican dans les urines, sur laquelle insiste W.Hirsch, semble avoir été une observation presque exceptionnelle, car d'après Jakch il pourrait indiquer les effets d'une décomposition des matières albuminoïdes due à la putréfaction.

S'il est difficile de faire un diagnostic de l'obstruction intestinale, car il n'existe aucun symptôme pathognomonique, il est plus difficile encore de mettre en évidence la différence entre l'iléus, la paralysie intestinale et la péritonite, ou les combinaisons entre elles; et le diagnostic présente beaucoup de difficultés.

La technique de la laparotomie secondaire ne diffère pas d'une laparotomie ordinaire; on termine l'opération en recousant la plaie abdominale. A la Clinique de Moscou on a coutume de placer une bande de gaze iodoformée, comme drainage, après avoir lavé la cavité péritonéale avec de l'eau salée.

En comparant les détails des cas relevés dans la littérature, concurremment avec les symptômes, avec ceux fournis par la clinique de Moscou, nous avons constaté l'identité de plusieurs d'entre eux.

Premièrement l'âge des malades qui ont subi la laparotomie secondaire, a été dans la plupart des cas de 30-40 ans.

Les indications qui ont amené à la première intervention ont été : 1° cystomes; 2° fibro-myômes et, en dernier, 3° les salpingites; dans ces cas l'intervention a été suivie d'un iléus. Parmi nos cas le cystome a eu lieu une seule fois. Nous expliquons le petit nombre d'iléus consécutifs au cystome par ce fait que nous recouvrons toujours le pédicule par le péritoine. Les observations relevées dans la littérature datent de l'époque où la laparotomie ne se faisait encore que sous la forme d'ovario tomie.

Les premiers symptômes d'obstruction intestinale ont apparu du 1er au 24e jour, se manifestant par une suppression des gaz et des selles; la plupart correspondant au 3e jour après l'opération. D'après nous, ce serait dû à l'usage de donner un purgatif, qua-

rante-huit heures après l'opération. Si l'effet du remède manque, cela est considéré comme un des symptômes de l'obstruction.

Les vomissements bilieux ont été suivis de vomissements fécaloïdes dans l'espace d'un à trois jours dans la plupart des cas.

Les douleurs et le météorisme manquaient quelquefois, mais ils étaient présents dans les cas qui se terminèrent par la guérison, ce que l'on pourrait rattacher à une réaction vigoureuse de l'organisme et à l'absence de paralysie intestinale.

Un pouls fréquent 120-140 apparaissait vers la fin du développement de l'iléus; il était filiforme, mais cela n'avait pas d'influence sur l'issue du cas.

La laparotomie secondaire a été pratiquée du 2e au 24e jour après l'opération. Dans la plupart des cas c'était du 3e au 10e jour, selon les auteurs. Dans les observations de la clinique de Moscou c'était le 6e jour après l'opération . Nous n'avons pas à noter l'influence de cet agent sur les résultats définitifs, ayant observé des guérisons de malades opérées le 20-25 jour après la première intervention, ainsi que des décès de celles qui l'ont subie le 15-21 jour.

La date de l'apparition des premiers symptômes de l'obstruction intestinale et le temps qui la sépare de l'intervention secondaire ne semble pas avoir changé les résultats définitifs.

Des opérations qui ont eu lieu le même jour ont été suivies de décès, et d'autres cas qui ont été opérés 5, 8, 11 jours après ont donné des guérisons. L'issue semblait dépendre de l'émaciation.

La première apparition de gaz après la laparotomie secondaire avait lieu de 2—48 heures après l'opération. Les premières selles de 2 heures à 3 jours.

La cause de l'obstruction intestinale a été dans la plupart des cas une adhérence du pédicule (16 fois sur 48 cas d'iléus); ce qui ferait — 33,3 p. 100; d'autres cas avaient pour cause le volvulus, des adhérences avec l'épiploon, des coudures de l'intestin et des compressions mécaniques.

La cause définitive des décès était le collapsus et la mort était due à une paralysie du cœur. Dans les cas d'hémorrhagies

internes, les opérations ont été faites le même jour et quelquefois le lendemain. Comme cause on a reconnu, dans la plupart des cas, lepédicule de la tumeur ou le ligament large; dans ce dernier cas l'issue a été toujours fatale.

Voici quelques conclusions qui nous ont semblé pouvoir être mises à la fin de notre travail :

I. Les complications dans lesquelles la laparotomie secondaire a été faite et se fait présentement, sont : l'iléus, l'hémorrhagie interne consécutive, la compression des uretères et la péritonite généralisée.

II. Si l'étiologie des trois dernières affections est suffisamment élucidée, celle de la formation des adhérences et de leur résultat définitif — l'iléus — n'a pas été expliquée expérimentalement.

III. La substitution de la méthode aseptique à l'antiseptique n'a pas diminué le nombre des cas d'iléus.

IV. Les autres indications pour l'intervention chirurgicale sont : la ligature de l'uretère et les signes d'une hémorrhagie interne.

V. Les indications pour l'intervention par une laparotomie secondaire en cas de péritonite manquent de précision.

VI. Dans l'iléus la laparotomie secondaire est indiquée, vu que le p. 100 de mortalité n'est pas grand, savoir 38,5 p. 100.

VII. L'apparition des premiers symptômes d'obstruction et le temps qui la sépare de l'intervention chirurgicale n'a pas d'influence.

VIII. L'état général doit régler les indications. L'émaciation, le collapsus, la paralysie intestinale peuvent s'imposer comme contre-indication de la laparotomie secondaire.

IX. Si, avec les progrès de la technique de la laparotomie et l'application de l'asepsie, les complications comme la péritonite, le glissement d'une suture, donnant lieu à des hémorrhagies, et la compression des uretères deviennent de plus en plus rares, les cas d'iléus restent toujours assez nombreux et c'est à la prophylaxie qu'il faut attacher le plus d'importance pour éviter cette complication.

X. La prophylaxie doit concerner deux points essentiels :

1° on doit éviter, conformément à l'avis de Fritsch, l'emploi trop fréquent des purgatifs avant l'opération, vu qu'ils affaiblissent la musculature des intestins et peuvent donner lieu à un iléus parétique; 2° lors de l'opération il faut épargner le péritoine en le préservant de toute irritation tant mécanique que chimique.

5° DOYEN (de Paris) (1).

DE LA COLPOTOMIE

La colpotomie ou incision des culs-de-sac du vagin doit être envisagée comme une méthode concurrente de la laparotomie pour l'abord de la cavité péritonéale.

Employée par Battey (1872) pour sa première opération de castration ovarienne, la colpotomie a perdu du terrain à mesure que se sont vulgarisées les ablations d'annexes par la laparotomie (Hegar, Lawson Tait).

Le mérite de la réhabilitation de la voie vaginale pour l'ablation des « petites tumeurs des ovaires et de l'utérus » appartient à Péan (Acad. méd., 3 juillet 1883). Dans ces derniers temps quelques chirurgiens sont tombés dans l'exagération au point de vouloir extirper par le vagin des kystes ovariques de 15 ou 20 litres et des tumeurs végétantes compliquées d'ascite (Dürhssen-Segond). Nous protestons contre ces tentatives fâcheuses. Les adhérences supérieures, le nombre des loges et la consistance du contenu des gros kystes ovariques ne pouvant être en aucun cas précisés sans beaucoup de chances d'erreur avant l'opération, il est évident que ces tumeurs, lorsqu'elles dépassent l'ombilic, ne doivent pas être abordées par le vagin.

De telles tentatives, si elles se généralisaient, ne pourraient que faire le plus grand tort à une méthode précieuse et remarquable, mais à la condition expresse qu'elle soit appliquée à des cas bien déterminés.

La colpotomie est l'opération exploratrice par excellence de la cavité pelvienne.

La fréquence de la localisation des lésions péri-utérines dans le cul-de-sac de Douglas, la situation déclive et l'abord plus

(1) Résumé par l'auteur.

facile du petit bassin au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur où deux ou trois coups de eiseaux suffisent à l'ouverture du péritoine, nous ont fait depuis longtemps donner la préférence, pour l'exploration des organes pelviens, à la *colpotomie postérieure*.

L'incision du cul-de-sac de Douglas ne demande que quelques secondes.

En une ou deux minutes, l'exploration de la face postérieure du fond de l'utérus et des annexes est terminée.

Les adhérences, s'il en existe, sont facilement détruites avec l'index jusqu'au niveau du détroit supérieur.

La *colpotomie postérieure* est ainsi, dans les cas de lésions annexielles, une méthode précieuse et supérieure à toutes puisqu'elle permet :

1° De compléter le diagnostic en quelques instants ;

2° De détruire, s'il en existe, les adhérences jusqu'au voisinage du détroit supérieur ;

3° De reconnaître la nature des tumeurs pelviennes (fibromes, kystes séreux, sanguins ou purulents) et de les évacuer au dehors, si ce contenu est liquide, sans danger de contamination de la cavité pelvienne ;

4° De limiter, s'il y a lieu, l'opération à la simple incision et au tamponnement des poches péri-utérines, opération bien supérieure, dans les cas de suppuration pelvienne très étendue, à l'hystérectomie d'emblée ;

5° De pratiquer, chez les jeunes femmes, l'extirpation unilatérale de annexes ;

6° Ou bien enfin, les lésions étant bilatérales, la castration vaginale totale, qu'ont préparée et facilitée, en libérant, en cas d'adhérences, toute la face postérieure de l'utérus et les parties accessibles des poches tubo-ovariennes, les manœuvres préliminaires d'exploration.

Nous conseillons encore la colpotomie *postéro-latérale* pour l'abord des *ligaments larges;* et nous avons opéré avec succès par cette voie, plusieurs cas de suppurations ligamentaires post-puerpérales et des tumeurs fibreuses ou kystiques des ligaments larges, notamment des kystes dermoïdes de volume assez considérable.

L'extraction de la poche se fait, dès qu'elle est évacuée,

1° on doit évit
fréquent des
la musculatu
parétique ; 2
le préserva

La co
envisag
pour l'
Em
castr
que
ton

ti
t

... scienti...
... pratique ...
... est ...
... des lésions ...
... que ...
... l'utérus ...
... spécia...
... dans ...
... ou en ...
... utérine ...
... voie vag...
... le volu...
... ...très.

...TÉRUS PE...
...ET LES SU...

...FORT.
...ANATOMIE
...SUR L'UTÉRUS
...GYNÉCOLOGIE
...jusqu'à ce jour en

(1)

;ie, a été l'objet par moi, depuis 1896, d'une série de
;s nouvelles dont voici l'exposé synthétique.

ıreil à courant sinusoïdal du professeur d'Arsonval par un dispositif très simple, d'obtenir un courant ıal, passant seulement par zéro, *sans changement de* .'est là un *courant ondulatoire* d'après M. d'Arsonval.

ourant ondulatoire justifie pleinement les découvertes ·logiques du professeur d'Arsonval dérivées de la connce de la *caractéristique d'excitation neuro-muscu-* et de ses rapports avec la forme de l'onde électrique.

Suppression de l'alternance ou du renversement;

· Conservation de la courbe sinusoïdale;

- Adjonction du pouvoir électrolytique avec direction polaire stante.

\insi, avec une onde électrique non alternante ni renversée, ppant toujours dans le même sens, associant les effets variaes aux effets continus et électrolytiques du courant, variant ›n voltage, le nombre de ses périodes et par suite son intenıté même, suivant la volonté de l'opérateur, on vérifie dans les neilleures conditions les propriétés déjà formulées par le professeur d'Arsonval du courant alternatif sinusoïdal, et on étend même en l'élargissant le champ d'application thérapeutique de ce dernier.

L'épreuve clinique a été, entre mes mains, pleinement confirmative de ces prémisses physiques et physiologiques, et voici les résultats thérapeutiques généraux que j'ai constatés après une expérimentation commencée en 1896 et d'après les réponses faites au total par 156 malades, dont 108 pour la gynécologie seulement (1).

Le courant ondulatoire a été appliqué au total 117 fois, avec la collaboration de mes assistants MM. Marquès et Laquerrière,

(1) La présente note ne vise que les réponses seules obtenues en gynécologie; l'épreuve parallèle que j'ai faite, depuis 1896 jusqu'au 1er août 1897, sur 48 malades qui ont reçu 576 applications contre des troubles nerveux, douloureux ou trophiques de nature variée, soit en applications dans l'eau (330 fois sur 17 malades), soit en applications externes, en dehors du bain liquide (240 fois sur 31 malades), sont l'objet d'un autre mémoire.

du 1er avril au 1er juillet 1897, à 108 malades atteintes des affections gynécologiques les plus diverses, sauf les collections purulentes et les néoplasmes malins.

L'application quotidienne, ou tous les deux jours, faite cinq minutes chaque fois, soit exclusivement dans le vagin (785 fois) avec une électrode protégée par la ouate, soit dans l'utérus, dans la cavité cervicale seule (384 fois), à l'aide d'une électrode nue en platine, le circuit étant toujours fermé sur le ventre par un gâteau de terre glaise, a été constamment d'une innocuité absolue.

La dose moyenne, progressive, très bien tolérée (sans aucune réaction opératoire ou post-opératoire autre qu'une fatigue ou une courbature de courte durée, sans fièvre ni douleur) a varié entre 15 et 25 milliampères ; très rarement elle a atteint 50 milliampères ; la vitesse a oscillé entre 1,800 et 2,500 périodes par minute et le voltage moyen a été de 15 à 25 volts.

Résultats anatomiques. — Le courant ondulatoire, jusqu'ici sans action appréciable sur le volume des fibromes, aide à la résorption des exsudats péri-utérins et à la libération de leurs adhérences périphériques.

Résultats symptomatiques. — *Douleurs intermenstruelles.* — C'est un analgésique puissant qui, par une sorte de massage vibratoire, calme la douleur, l'atténue ou la fait disparaître le plus souvent s'il est assez longtemps continué, sauf dans les tumeurs malignes ou suppurées où, du reste, il n'a pas été appliqué.

Tout-puissant par son application vaginale et surtout intracervicale contre les douleurs abdominales, lombaires, inguinales, crurales, sciatiques ou rectales, il conserve toutefois très peu d'efficacité par cette même localisation contre les douleurs ombilicales et épigastriques.

Dysménorrhée — Presque constamment elle est très favorablement influencée et ne tarde même pas à disparaître sous l'influence des applications, soit vaginales, soit intra-cervicales, assez fréquemment répétées et assez voisines de l'apparition des règles.

Hémorrhagies. — Les applications vaginales sont peu ou pas efficaces contre les hémorrhagies utérines.

Au contraire, lorsque l'électrode métallique est appliquée dans l'utérus, on obtient fréquemment un effet hémostatique, mais à un degré qui paraît encore inférieur à l'action des galvano-caustiques positives.

Leucorrhée. — Peu ou pas efficace contre la leucorrhée lorsqu'il est appliqué dans le vagin, ce même courant devient plus actif et présente quelquefois une réelle efficacité contre ce symptôme dans ses applications intra-cervicales.

Aménorrhée. — L'application polaire négative du courant ondulatoire est généralement moins active et moins efficace contre l'aménorrhée que celle du courant continu.

Constipation. — Elle a été fréquemment et très favorablement combattue, mais par les applications intra-cervicales seules.

En résumé, le courant ondulatoire en gynécologie, d'une innocuité absolue et d'une tolérance constante, sans action appréciable sur l'évolution des néoplasmes utérins ou annexiels, paraît être jusqu'ici le médicament par excellence de la *douleur*.

Moins souverain, mais fréquemment efficace quand même contre les hémorrhagies, contre la leucorrhée et la constipation, il aide encore très favorablement à la résorption des exsudats péri-utérins et il constitue un *analgésique* et un décongestionnant de premier ordre.

Ainsi, le courant ondulatoire est une acquisition précieuse pour la thérapeutique électrique et est destiné, d'après moi, à prendre une place très importante à côté des autres modes électriques déjà connus.

Séance du 24 août (soir).

COMMUNICATIONS DIVERSES

Président: M. Winckel.

1° T. JONNESCO (de Bucarest).

TRAITEMENT DES RÉTRO-DÉVIATIONS

Quand la déviation utérine ne constitue qu'un épiphénomène dans le complexus morbide constitué par l'inflammation des

annexes et la déviation utérine, le traitement doit s'adresser à l'affection la plus grave — l'annexite.

Alors la laparotomie et la castration totale ou limitée aux annexes altérées, quand elle est unilatérale, s'imposent. Dans ces mêmes cas, et alors que la bilatéralité des lésions est constatée, on peut pratiquer aussi l'hystérectomie vaginale. Je crois que, dans tous ces cas, il vaut mieux recourir à l'hystérectomie abdominale, car la castration abdominale, même totale, paraît supérieure à la castration vaginale.

Mais quand les annexes sont normales et que la rétro-déviation utérine mobile ou fixe constitue la seule maladie, l'opération chirurgicale doit avoir pour effet la mobilisation de l'utérus s'il est fixé, faire disparaître le pli de flexion, le maintenir dans cette nouvelle position et la suspension de l'utérus dans une position qui se rapproche le plus de la position normale.

Toutes ces manœuvres ne peuvent être faites que par l'intervention par la voie abdominale. Car la laparotomie permettra le détachement de l'utérus, son redressement; la cunéo-hystérectomie antérieure lui permettra de se placer en antéflexion permanente et normale; le raccourcissement des ligaments ronds et la plicature des ligaments larges le maintiendra dans cette attitude normale.

Aucune des interventions préconisées jusqu'à ce jour ne peut répondre à toute ces conditions.

Les interventions peuvent se diviser : en interventions qui s'adressent seulement aux ligaments de suspension et ne peuvent que modifier la rétroversion : l'opération d'Alexander, celle de Wylie, etc., et d'autres procédés s'adressent à l'utérus pour le fixer en totalité sans lui modifier la courbure : ainsi *l'hystérocystopexie*.

Convaincu de l'inefficacité de toutes ces interventions, qui ne peuvent résoudre qu'un seul des éléments du problème si complexe des rétro-déviations utérines, j'ai cherché un procédé qui pourrait remédier en même temps à la déviation utérine et au relâchement des moyens de suspension.

Inutile d'ajouter que dans le cas où l'endométrite est assez

prononcée, le curage de l'utérus doit compléter le traitement préconisé.

La cunéo-hystérectomie antérieure, combinée avec le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds et la plicature des ligaments larges. — Cette opération peut être divisée en plusieurs temps qui sont :

PREMIER TEMPS. — Laparotomie médiane. — Incision de 12 cm. à partir du pubis. L'utérus saisi à l'aide d'une pince de Museux, libéré des légères adhérences qui le fixaient dans la cavité de Douglas, est attiré dans la plaie abdominale.

On réduit son incurvation postérieure, puis on procède à la résection cunéiforme et partielle de la paroi antérieure de la façon suivante :

2e TEMPS. — *Cunéo-hystérectomie antérieure.* — Incision au bistouri du péritoine sur la face antérieure de l'utérus dans le cul-de-sac vésico-utérin. Cette incision est transversale et s'étend d'une marge à l'autre de l'utérus. — Je pince la lèvre inférieure de cette plaie avec une pince tenue de la main gauche, tandis qu'avec l'index droit je détache la vessie de l'utérus sur une étendue de 2 cm. ; je détache aussi la lèvre péritonéale de l'utérus, dénudant ainsi la paroi antérieure de l'utérus sur une étendue de 3 cm. au niveau de l'angle de flexion. Au bistouri je procède à la résection d'un coin de la paroi antérieure de l'utérus, sur une étendue de 5 cm. toujours au niveau de l'angle de flexion et sur toute la largeur de l'utérus. La base de ce coin a une largeur de 1 cm. et demi et le sommet touche la muqueuse utérine restée inctacte. Une fois le coin réséqué, il reste une plaie quadrangulaire que je ferme de la façon suivante : l'aiguille courbe de Reverdin pénètre à 2 millim. en dehors de la lèvre utérine, traverse tout le tissu musculaire et resort à 2 millim. du bord opposé de la plaie. On applique de cette façon 3 points de suture profonde. Ces sutures, faites au catgut, auront pour effet de faire une hémostase parfaite et l'affrontement de toute l'étendue de la plaie. Au-dessus on place une suture en surjet au catgut fin qui ferme la plaie péritonéale.

Nous avons transformé la rétro-flexion en anté-flexion normale.

3e TEMPS. — *Le raccourcissement des ligaments ronds et la plicature des ligaments larges* — Le 3e temps opératoire consiste dans le raccourcissement des ligaments ronds (l'opération de Gill-Wylie), qui se pratique de la façon suivante : On avive la racine utérine du ligament rond sur une étendue de 1 cm., puis on exerce des tractions sur le bout inguinal de ce ligament, qui est ainsi étendu le plus possible : on l'avive au niveau de l'orifice interne du canal inguinal sur une étendue de 1 cm., on passe un fil de soie dans l'épaisseur de la racine utérine du ligament rond et dans l'épaisseur de l'extrémité inguinale ; on applique ainsi les 2 surfaces avivées du ligament. Sur l'anse ainsi formée par le reste du ligament on pose de la même manière 5 points de suture séparés et à la soie, formant ainsi une plicature du ligament rond et du ligament large.

Pour mieux fortifier ce plissement du ligament rond, je passe à travers l'épaisseur du ligament large un fil en U, dont l'anse est appliquée sur la face antérieure et les deux bouts sortent sur la face postérieure, où ils sont liés. Je fais de même du côté opposé.

4e TEMPS. — *La fermeture du ventre.* — Après m'être assuré de la suspension solide de l'utérus dans sa nouvelle position, je ferme la cavité abdominale par un triple étage de sutures. Le premier musculo-séreux, le deuxième intéressant le tissu cellulaire sous-cutané, les deux à points séparés et le troisième à suture continue intra-dermique. Toutes les sutures sont faites au catgut. Pas de drainage.

Suites opératoires. — Elles sont des plus simples : la réunion se fait par première intention, la cicatrice cutanée à peine visible et les résultats thérapeutiques excellents. Le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale, montre l'utérus en antéflexion permanente et bien suspendu. Le fond de l'utérus libre, mobile, et les tractions sur le col prouvent le degré de fixité.

Obs. I. — *Rétroflexion et rétroversion de l'utérus. Cunéo-hystérectomie antérieure combinée avec le raccourcissement intra-abdominal des lijaments ronds et la plicature des ligaments larges.* — V. P..., 26 ans, entre à l'hôpital Coltzea le 19 janvier 1897.

La mère de la malade se trouve actuellement dans le service, présentant des troubles du côté des organes génito-urinaires. Le père est bien portant. Elle a huit frères, tous bien portants.

A l'âge de 10 ans elle a eu la fièvre palustre. Elle a été réglée à l'âge de 14 ans, régulièrement et sans douleurs jusqu'à maintenant. A 17 ans, elle s'est mariée. Immédiatement après le premier mois, survinrent des douleurs vives à l'hypogastre, douleur qui revenaient avec chaque menstruation. Depuis ce temps jusqu'à maintenant, la malade nous dit qu'après chaque menstrue elle avait des pertes blanches abondantes. Elle a pris divers médicaments à l'intérieur et des injections vaginales, mais les douleurs n'ont pas disparu.

La malade, de constitution forte; le système osseux et musculaire bien développé. Ne présente rien du côté de l'appareil respiratoire ni circulatoire.

Le col utérin, long et dur, regarde en haut, présente un orifice circulaire, qui permet la pénétration de la pulpe du doigt. Le cul-de-sac antérieur libre, mais le postérieur présente une tumeur qui n'est autre chose que le corps de l'utérus retourné en arrière et fixé sur le col. Le corps utérin, dur, mobile et non douloureux. Rien du côté des annexes.

20 janvier. Laparotomie médiane. Le corps de l'utérus en rétroflexion très prononcée. On fait la cunéo-hystérectomie antérieure combinée avec le raccourcissement des ligaments ronds et la plicature des ligaments larges, d'après le procédé décrit plus haut.

Le 6 février la malade est parfaitement guérie, ayant le corps utérin en antéflexion presque normale.

Obs. II. — *Rétro-version et rétro-flexion utérine. Cunéo-hystérectomie antérieure combinée avec le raccourcissement des ligaments ronds et la plicature des ligaments larges.* — G. Z..., âgée de 24 ans, travaillant la terre, habite la commune Crevenitza. Entre dans le service de la 2e clinique chirurgicale le 11 mars 1897. État général satisfaisant. Rien à noter du côté des organes respiratoires ni circulatoires. Le col utérin, très bas, rapproché de l'orifice vulvaire ; il devient apparent à une distance de 3 centim. de l'orifice vaginal. Le col est petit, consistant et tuméfié, l'orifice ouvert transversalement avec ulcération superficielle. Dans le cul-de-sac postérieur on sent le corps utérin. Le col

regarde droit en avant, forme un angle avec le corps qui est tout à fait couché sur le rectum. Il est assez mobile, consistant et un peu augmenté de volume. Rien du côté des annexes.

14 mars. Laparotomie. On pratique la cunéo-hystérectomie antérieure combinée avec le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds et la plicature des ligaments larges.

10 avril. L'utérus légèrement en antéflexion ; sur la face antérieure, au niveau de l'isthme, on sent la cicatrice de la cunéo-hystérectomie ; l'utérus est mobile, on sent très bien le fond au niveau de la symphyse, bien fixé. Sur les parties latérales on sent les ligaments ronds (c'est-à-dire les plicatures fournies par eux).

Le 12. La malade sort complètement guérie.

OBS. III. — *Antéversion et antéflexion de l'utérus. Cunéo-hystérectomie postérieure. Raccourcissement des ligaments ronds, la plicature des ligaments larges, l'ouverture des trompes et la fixation sur les ovaires.* — Aglaë S..., 30 ans. Entre dans notre service le 6 mars 1897. Elle a été toujours bien portante. Mariée à 18 ans, n'a jamais eu d'enfant, ni de fausse couche. Les menstrues, avec quelques jours de retard, ont été toujours régulières. Jamais elle ne les a vues s'arrêter.

Depuis 2 ans que la malade a commencé à souffrir dans le ventre et dans la région lombaire, elle observa en même temps un écoulement séro-purulent. Cet état ne s'améliorant pas, la malade entre à l'hôpital.

La malade, de constitution robuste, avec le système osseux et musculaire bien développés. Ne présente rien du côté de son appareil respiratoire ni du côté du cœur. Elle accuse une douleur vive, quand on comprime l'abdomen dans la région hypogastrique.

Vagin profond, col petit, long, résistant, regarde en arrière. L'orifice cervical petit et comme un point. Les culs-de-sac libres et non douloureux. Le corps de l'utérus petit, mobile et en antéflexion, pouvant être facilement déplacé. Les annexes gauches très douloureuses formant une corde de la grosseur du petit doigt.

11 mars. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Cunéo-hystérectomie postérieure, raccourcissement des ligaments ronds et plicature des ligaments larges. Ouverture des trompes et le coiffement des ovaires. Le 8ᵉ jour on constate que la suture superficielle (intradermique avec de la soie) a suppuré dans toute son étendue, on enlève le fil et on panse tous les jours.

Le 13. La malade accuse des douleurs vives dans le côté droit du bassin. On constate une flexion des annexes droites. On fait des injec-

tions chaudes tous les jours. Après le 10e jour, la malade va bien et le 23 avril elle a ses règles, qui durent 4 jours, abondantes et sans douleurs. La malade sort le 8 mai. A l'examen, on constate le col de l'utérus dans l'axe du vagin, le corps sur la ligne médiane et les annexes qu'on sent très bien de chaque côté de l'utérus sont rapportées en avant.

Obs. IV. — *Légère antéflexion de l'utérus, ovaire hystique. L'extirpation de l'ovaire et de la trompe gauche. Raccourcissement des ligaments ronds et la plicature des ligaments larges.* — Eugénie G..., 30 ans, entre à l'hôpital le 1er mai 1897. A 14 ans, elle eut ses premières menstrues ; elles ont été abondantes et douloureuses. Mariée à 15 ans. Les rapports sexuels étaient douloureux. Elle fit une fausse couche de 2 mois dans sa première année de mariage. A 17 ans, elle devint enceinte, accouchement difficile et laborieux. A 20 ans, une nouvelle fausse couche.

La malade, de constitution médiocre, tempérament nerveux. Accuse des douleurs dans le ventre, dans les lombes, flancs et cuisses. Elle présente un dédoublement du second bruit à la pointe du cœur.

Vagin court. Le cul-de-sac antérieur raccourci. On sent facilement le corps de l'utérus dans le cul-de-sac. Les lèvres de l'orifice externe sont tuméfiées, le cul-de-sac postérieur agrandi.

17 mai. Laparotomie médiane, l'utérus en légère antéflexion ; l'ovaire gauche plein de kystes, on l'extirpe avec la trompe correspondante. Sur l'ovaire droit, un kyste hématique de la grosseur d'une noisette.

Incision, tamponnement et suture, on cathétérise la trompe dans sa moitié externe, on raccourcit les ligaments ronds et on fait la plicature des ligaments larges. On ferme sans drainer. Réunion par première intention.

Elle sort le 3 juin 1867, complètement guérie.

2o RATCHINSKY.

SUTURE DE LA PAROI ABDOMINALE

3o GEOFFROY et Me ANTONCHEVITSCH

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

4o G. DURANTE (de Paris).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MOLE HYDATIFORME

Parmi les pièces examinées cette année dans le service du

Dr Porak à la Charité, nous avons pu observer deux états histologiques très différents de la môle hydatiforme.

Dans une môle à grains très petits les villosités étaient entourées d'une couche syncytiale très épaisse extraordinairement proliférante, envoyant des prolongements gigantesques plus ou moins largement pédiculés, dont quelques-uns sont assez volumineux pour être presque visibles à l'œil nu. Ces prolongements sont uniquement constitués par une masse plasmodiale sans limites cellulaires et sans membrane d'enveloppe, mais présentant une infiltration muqueuse au début.

Dans une autre môle, macroscopiquement caractéristique, au contraire, le syncytium ne forme qu'un très mince revêtement autour des vésicules, ne présente que de rares prolongements peu volumineux. Les vésicules moyennes et grosses sont nettement formées par la confluence des vésicules plus petites accolées, le revêtement syncytial ayant disparu au point de contact. Entre ces deux variétés on peut retrouver tous les intermédiaire.

La seconde variété paraît un type de môle en voie de régression scléreuse, de *môle bénigne*, où l'élément malin, le syncytium a tendance à disparaître.

La première, au contraire, par la vitalité de son syncytium est une môle éminemment *maligne*. En effet, la malade ayant rendu des fragments épais de caduque, nous avons en plein tissu utérin trouvé de nombreux fragments plasmodiaux isolés ayant envahi les vaisseaux matérnels et se propageant dans leur lumière sur toute l'épaisseur de cette membrane. La malade ayant été malheureusement perdue de vue, nous ne savons s'il se sera ultérieurement développé chez elle quelque épithélioma ectoplacentaire.

On pourrait donc, de par le seul examen histologique des débris hydatiformes établir, presque à un certain point, le degré de malignité et les chances de généralisation que présente la tumeur.

5° TSAKIRIS

PRÉSENTATION D'UN PORTE-LACS POUR L'EXTRACTION DU SIÈGE

6° EVERKE

PERFORATION DU VAGIN PENDANT L'ACCOUCHEMENT

7° J. P. NÉDORODOFF (Moscou).

TRAITEMENT ET GUÉRISON COMPLÈTE PAR L'ÉLECTRICITÉ DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ET DE SES SUITES

CONCLUSIONS. — 1° Les premières phases de la grossesse extra-utérine se traitent à l'électricité.

2° La grossesse extra-utérine dans les cas n'ayant pas dépassé 3 mois et demi doit se traiter avant tout à l'électricité.

3° Pour la grossesse extra-utérine dégénérée en hématosalpinx et n'ayant pas dépassé 3 mois c'est le seul mode de traitement possible.

4° Les cas même les plus tardifs d'hématocèle péri-utérine ne sauraient être guéris autrement.

5° Tout le reste est du domaine de la chirurgie.

8° CHOLMOGOROFF (de Moscou).

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE IMMÉDIATE SECONDAIRE

1° Quand on n'a pas suturé une déchirure périnéale durant les premières heures qui suivent l'accouchement, il n'est pas, pour cela, nécessaire d'attendre jusqu'à la fin des suites de couches.

2° Quand on enlève les sutures et qu'on ne trouve aucune réunion, il faut placer de nouvelles sutures sans attendre le processus de cicatrisation (à la condition qu'il n'existe aucune autre espèce de contre-indication).

3° L'extirpation du tissu de granulation avec une curette tranchante, l'application de sutures et même la réparation du périnée déchiré dans les accouchements antérieurs ne font pas courir à l'organisme le plus petit danger à la condition que l'opération soit faite au temps indiqué.

4° Les déchirures du périnée suturées dans un délai de 2 à 20 jours après l'accouchement guérissent, grâce à l'observation de certaines précautions, remarquablement.

9° JACUB (Moscou)

INFLUENCE DES MALADIES AIGUES INFECTIEUSES SUR LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LES SUITES DE COUCHES

M. le président v. Winckel remercie nos collègues russes de

leur hospitalité. Les professeurs Makejew et Sneguireff témoignent aussi leur reconnaissance aux membres de la XIIIe section et leur donnent rendez-vous en 1900.

La séance est levée.

H. VARNIER et R. LABUSQUIÈRE.

CARACTÈRES OBJECTIFS DES LÉSIONS VÉSICALES PRODUITES PAR UNE AIGUILLE DE MATELASSIER DE 21 CENTIMÈTRES 1/2 DE LONG SUR 5 MILLIMÈTRES DE LARGE, ETC.

PAR

A. Pinard,
Professeur de
Clinique obstétricale
à la Faculté.

J. Albarran,
Professeur agrégé des
maladies des voies urinaires
à la Faculté.

H. Varnier,
Professeur agrégé
d'accouchements
à la Faculté.

Dans le but de déterminer les caractères objectifs des lésions vésicales produites par une aiguille de matelassier, semblable à celle avec laquelle le Dr Laporte est accusé d'avoir fait, par piqûre, à la vessie de la femme Fresquet « 2 perforations circulaires de 2 centimètres », nous avons expérimenté, au laboratoire de physiologie de la Faculté des sciences, sur des chiens et des chiennes de forte taille.

A ces expériences assistaient le préparateur de M. Dastre, le Dr Lapique, les Drs Wallich, Paquy et Fieux.

Les pièces fraîches ont été soumises à l'examen du professeur Dastre.

Voici, très brièvement, le compte rendu de ces expériences. En le publiant nous n'avons d'autre but que de donner, à ceux qui veulent être éclairés, l'envie de voir de leurs yeux ce que nous avons vu nous-mêmes. Aucune description ne saurait remplacer cette leçon de choses.

N° 1. 26 octobre 1897. — **Chien de 24 kilogs.**

L'animal étant chloroformé, étendu sur le dos, longue incision abdo-

minale médiane allant d'un travers de main au-dessus de l'ombilic au pubis (la verge déviée à gauche).

La vessie naturellement distendue, du volume des deux poings, est amenée aisément hors du ventre, maintenue et fixée par les mains d'un aide. On la transperce d'outre en outre, à son équateur, par un coup droit d'aiguille de matelassier (1) aussitôt retirée. Le jet d'urine qui jaillit par les deux orifices de ponction, et qui a le volume du manche de l'aiguille, diminue presque instantanément de longueur et de calibre, devient filiforme ; au bout de quelques instants l'urine ne s'écoule plus qu'en bavant, puis tout écoulement s'arrête. La vessie reste distendue.

En examinant la face péritonéale de la vessie on ne retrouve plus trace de la ponction.

La même expérience de double perforation par coup lancé est répétée en 5 autres endroits. Même résultat.

Le chien est alors sacrifié. La vessie est sectionnée transversalement au niveau de son col, puis retournée comme un gant. Il n'y a pas trace de *perforation ;* on ne peut trouver dans la paroi le moindre *trou.* Les ponctions ne se reconnaissent qu'à une petite tache ecchymotique de la muqueuse ayant *2 millimètres dans son diamètre maximum* et dont l'aspect est celui d'une piqûre de sangsue. La muqueuse présente en ce point une excoriation à peine visible.

La pièce a été ensuite laissée sous cloche pendant trois jours, jusqu'à ce que la putréfaction fût avancée. Les caractères objectifs des lésions n'ont pas varié.

N° 2. 26 octobre 1897. — **Chien de 34 kilogs.**

Même dispositif que précédemment.

Vessie naturellement distendue ayant le volume d'une tête de fœtus à terme.

On la transperce une première fois d'outre en outre, d'avant en arrière ; avant de retirer l'aiguille on lui imprime un mouvement de giration très étendu, « comme pour creuser un trou dans le sable ».

---

(1) L'aiguille de matelassier de 21 centim. 1/2 est un modèle courant qu'on peut se procurer chez tous les quincailliers. L'un de nous a eu en mains celle dont s'est servi le Dr Laporte ; elle est identique à celles dont nous avons usé pour nos expériences.

On la transperce une seconde fois d'un côté à l'autre : avant de retirer l'aiguille on lui imprime des mouvements de scie.

On la ponctionne enfin en croix, au sommet, à l'aide d'une lame de bistouri de 7 millimètres.

L'animal étant sacrifié, la vessie extraite est retournée comme ci-dessus : on constate qu'en aucun point on ne voit de *perforation* de la paroi.

Les ponctions d'aiguille ne se reconnaissent qu'à l'ecchymose et à la petite déchirure muqueuse qui en occupe le centre et mesure *3 millimètres* dans son diamètre maximum.

La plaie cruciale du fond, qui n'est pas béante non plus, se reconnait seulement à une plaie muqueuse de *5 millim.* de long.

L'état cadavérique n'a pas modifié l'aspect des lésions.

N° 3. 26 octobre 1897. — **Chien de 40 kilogs.**

Vessie vide.

Trois ponctions sont faites.

Une par coup lancé.

Une par mouvement de giration en fixant la pointe.

Une par mouvement de bascule en fixant le manche.

Même résultat que dans la précédente expérience.

La vessie, fixée sur un robinet donnant une pression de 2 atmosphères, tient l'eau.

N° 4. 27 octobre 1897. — **Chien de 39 kilogs.**

La vessie, artificiellement distendue (volume du poing), est perforée :

1° De dehors en dedans avec *la pointe du perforateur* cylindro-conique annexé au manche du forceps de Levret, et dont le diamètre maximum est de 7 *millimètres.*

2° D'outre en outre, aller et retour, avec *le manche* de ce perforateur qui mesure 2 *centimètres de large sur 6 millimètres d'épaisseur.*

L'animal étant sacrifié et la vessie préparée comme il est dit ci-dessus, on ne trouve comme traces de ces traumatismes :

1° Pour le perforateur, qu'une déchirure ecchymotique de la muqueuse de 4 *millimètres* de diamètre maximum.

2° Pour le manche, que 2 déchirures ecchymotiques de la muqueuse ayant l'une *8 millimètres* et l'autre *9 millimètres.*

L'état cadavérique n'a pas modifié l'aspect des lésions.

N° 5. 27 octobre 1897. — **Chienne de 28 kilogs.**

On fait, par le vagin, sous le contrôle de l'œil et du doigt (la vessie étant d'abord exposée par laparotomie), deux perforations brutales, toutes deux vagino-vésicales et vésico-péritonéales.

L'une est faite par simple coup lancé.

L'autre avec l'aiguille qui, après avoir traversé la vessie, est fixée de la pointe et animée de mouvements de giration, de scie et de bascule.

L'animal ayant été sacrifié on enlève avec précaution, par dissection soigneuse, « l'utérus et ses annexes y compris la vessie, la cavité vaginale et l'extrémité du rectum ».

Le tout est préparé avec le plus grand soin. C'est Albarran qui opère.

On voit alors:

A 1 centimètre en arrière et à gauche de l'uretère gauche une ecchymose muqueuse ovalaire ayant *3 millimètres* dans son plus grand diamètre; c'est tout; il n'y a pas de perforation visible, de trou dans la paroi.

En arrière et à un demi-centimètre de cette ecchymose punctiforme, se trouve une excoriation de la muqueuse sans perforation visible de la couche musculaire. La déchirure de la muqueuse est quadrangulaire; son diamètre maximum est de *3 millimètres.*

En arrière de l'uretère gauche et à 2 centimètres 1/2 de cet orifice, ecchymose portant à son centre une déchirure muqueuse irrégulière de *2 millimètres.*

Au sommet de la vessie, près de l'insertion de l'ouraque, petite ecchymose de *2 millimètres* ayant à son centre un point plus rouge qui marque l'endroit où la muqueuse a été déchirée.

Nulle part, même en étirant la paroi, on n'aperçoit de trou perforant toutes les couches de la vessie.

Dans le vagin on retrouve les points d'entrée de l'aiguille : 2 déchirures de la muqueuse dont la plus grande mesure *3 millimè-*

tres sur 5, c'est-à-dire juste les dimensions de la partie renflée de l'aiguille. Pas de perforation visible.

L'état cadavérique n'a pas modifié l'aspect des lésions.

N° 6. 27 octobre 1897. — **Chienne de 28 kilogs, en lactation.**

La vessie, mise à découvert par laparotomie médiane, a le volume d'une orange.

Elle est perforée brutalement et d'outre en outre à l'aide d'une aiguille introduite par le vagin; puis l'aiguille agissant comme un levier est manœuvrée dans le sens du plat et des bords afin de dilacérer les parties au maximum.

Pas une goutte d'urine ne s'écoule par l'orifice péritonéal situé à la face postérieure, à mi-chemin du col et du sommet; il se fait seulement sous le péritoine une boule d'œdème de la grosseur d'une noisette.

La vessie est remise en place. On enlève une rondelle sur une anse d'intestin grêle, afin de permettre l'écoulement des matières fécales dans le péritoine, et on referme le ventre.

Nous espérions que la péritonite tuerait cette chienne dans les quarante-huit heures. Le 8 novembre elle vivait encore. Elle fut alors sacrifiée et son autopsie faite le 9.

Il y avait de la péritonite suppurée juxta-vésicale, enkystée dans la fosse iliaque droite, au voisinage immédiat de l'anse intestinale perforée. Le foyer de péritonite enkystée et la face latérale droite de la vessie étaient unis par des adhérences solides qu'il fallut détruire avec des ciseaux. Lorsque la vessie, qui était vide, fut libérée on l'injecta par l'urèthre jusqu'à lui donner le volume d'une orange. Pas une goutte de liquide ne s'écoula dans le péritoine. La vessie était absolument étanche.

Les organes ayant été enlevés comme précédemment, il fut impossible de retrouver dans le vagin et sur la muqueuse vésicale la *moindre trace* des perforations produites le 27 octobre.

N° 7. 10 novembre 1897. — **Chienne de 12 kilogs.**

La vessie, ayant le volume d'une poire de moyenne grosseur, est

traversée d'outre en outre par *le perforateur, le manche et la cuillère* (*5 centim. de diamètre maximum du forceps de Levret*).

Cet énorme traumatisme produit dans la paroi vésicale deux perforations circulaires sur la vessie non distendue; *l'une et l'autre ont 5 millim. de diamètre.* A leur niveau la muqueuse présente une déchirure ecchymotique à bords mâchés, ovalaire, dont le diamètre maximum est pour l'une des perforations 14 millim. et pour l'autre 18 millim. Tous les médecins savent depuis longtemps que pour introduire l'index dans une vessie il faut faire une *incision* de 4 centim. environ.

Ces expériences ont été répétées, en public, le vendredi 12 novembre 1897, à l'amphithéâtre de la Clinique Baudelocque.

RÉFLEXIONS

Les expériences que nous venons de rapporter ont été faites sur le chien parce que la vessie de cet animal ressemble beaucoup à celle de l'homme. Mais nous devions nous demander si malgré cette ressemblance les résultats obtenus sont analogues à ceux qu'on observait dans une vessie humaine. Trois ordres de considérations, **physiologiques**, **cliniques** et **opératoires**, démontrent que nos expériences sur les chiens déterminent des lésions analogues à celles qu'on provoquerait par des moyens semblables sur l'homme ou la femme vivants.

1° Au point de vue **physiologique**, nous ferons observer que si les lésions déterminées par la perforation de la vessie sont si peu apparentes, cela est dû à l'épaisseur de la couche musculaire du réservoir de l'urine. Lorsque l'instrument vulnérant est retiré, la tonicité et la contraction de la couche musculaire rapprochent les bords de la solution de continuité. Examinant la vessie par le dehors on ne voit plus d'orifice ; ce n'est que du côté de la muqueuse, losqu'on regarde la vessie par sa surface interne, qu'on voit une déchirure de la membrane muqueuse, sans orifice, traversant de part en part les parois de la vessie.

Cette action de la couche musculaire est tellement évidente que si, après l'expérience, on prend la vessie avec les mains en l'étalant avec force, on ne peut voir, même à contre-jour, l'orifice produit par l'instrument vulnérant.

Nous avons dit que la vessie du chien est analogue à celle de l'homme; mais à notre point de vue il existe une différence importante, puisque la couche musculaire de la vessie du chien est *moins épaisse* que celle de la vessie humaine. On peut en déduire, *a priori*, que les lésions traumatiques déterminées par piqûre seront moins apparentes encore chez l'homme que chez le chien.

2° Au point de vue clinique il est de connaissance vulgaire que les plaies accidentelles de la vessie, déterminées par instruments piquants, ne s'accompagnent pas souvent d'infiltration d'urine et que, en tous cas, l'orifice de la plaie vésicale paraît plus petit que le diamètre de l'instrument qui l'a produit. Nous citerons un exemple bien connu de tous les praticiens. Lorsqu'il existe de la rétention d'urine et que le cathétérisme est impossible, on pratique couramment la ponction de la vessie avec un trocart, opération qui est souvent répétée à plusieurs reprises chez le même malade. Or cette ponction est inoffensive : le trocart retiré, il ne s'écoule pas d'urine par la plaie vésicale parce que la couche musculaire, en se contractant, ferme l'orifice. Pourtant on se sert de trocarts qui souvent déterminent une piqûre plus large que celle que peut produire une aiguille de matelassier. L'exemple que nous venons de donner est d'autant plus démonstratif que ces ponctions sont presque toujours pratiquées dans les vessies [illegible], en partie [illegible] et peu [illegible].

L'observation [illegible] que dans les plaies par instruments piquants la vessie de l'homme se comporte comme la vessie du chien.

3° Nous avons [illegible] d'observations opératoires qui viennent corroborer notre assertion. Tous ceux qui ont pratiqué [illegible] savent que si l'on ponctionne la vessie

avec un bistouri, lorsqu'on retire l'instrument il s'écoule une très faible quantité du liquide contenu dans la vessie et l'on ne voit pas la plaie qu'on vient de faire. Pour qu'il soit possible, chez l'homme vivant, d'introduire l'index dans l'intérieur de la vessie, il est indispensable, après avoir ponctionné avec le bistouri, de couper dans l'étendue de trois à quatre centimètres. Même avec cette longue plaie, il faut introduire de suite le doigt parce que, à mesure que la vessie se vide, les bords de l'orifice se rapprochent. C'est ainsi que les choses se passent lorsque la vessie est pleine. Si la vessie est vide, tous les chirurgiens savent que, pour la bien ouvrir, il faut tendre la paroi avec des pinces et faire une longue incision.

Nous aurions pu étayer notre démonstration d'expériences pratiquées sur le cadavre en prouvant qu'un instrument piquant ne peut, en aucun cas, produire un orifice plus large que son diamètre ; mais les conditions des expériences faites sur le cadavre sont trop différentes de celles de la vessie vivante pour que nous invoquions de pareils arguments.

Nous venons de démontrer que les résultats de nos expériences sur les chiens sont applicables à l'homme. Nos observations sur l'homme vivant et nos expériences prouvent que, dans les conditions les plus variées, la vessie étant pleine ou vide, fixée ou libre, une aiguille de matelassier, manœuvrée de quelque manière que ce soit, ne peut produire une perforation assez large pour qu'on puisse voir le jour au travers de la paroi vésicale étalée.

4° Il reste à nous demander si lorsqu'on détermine des perforations avec un instrument piquant **septique** les lésions infectieuses modifient l'aspect de la perforation vésicale. Par l'expérience n° 6 nous avons vu que chez une chienne, après avoir produit une double perforation vésicale et déterminé une péritonite, l'autopsie pratiquée plusieurs jours après démontra que les lésions de la paroi vésicale étaient à peine visibles. *En serait-il de même chez l'homme? Oui, l'observation clinique le démontre.* C'est ainsi que lorsque la ponction de la vessie

détermine des accidents infectieux, parce que le trocart n'était pas aseptique, ou parce que la vessie était infectée, on observe soit une péritonite, soit un abcès péri-vésical, mais on n'observe pas de perforation large de la vessie. Celle-ci ne pourrait se voir que si un abcès périvésical, développé en plusieurs jours, venait secondairement s'ouvrir dans la vessie.

CONCLUSION

A la question ainsi posée : « Est-il possible, avec une aiguille de matelassier de 21 centimètres et demi de long introduite par le vagin ou l'utérus, de déterminer des perforations vésicales qui, la femme ayant vécu trois jours, présentent à l'autopsie les caractères suivants : linéaires, quand on tend un peu la paroi, mais restant au contraire béantes et à peu près circulaires quand la paroi est relâchée, mesurant deux centimètres de longueur ? » Nous répondons : *La physiologie, la clinique, les opé-*
« *rations pratiquées sur l'homme, ainsi que l'expérimenta-*
« *tion sur les chiens, démontrent que cela n'est pas possible.* »

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1897

DISCOURS
PRONONCÉ AUX OBSÈQUES DU PROFESSEUR TARNIER AU NOM DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par le professeur **A. Pinard**.

Il y a quarante ans, — c'était exactement le 17 avril 1857, — un grand jeune homme, imberbe, soutenait, à la Faculté de médecine de Paris, sa thèse inaugurale. Ce candidat au titre de docteur s'appelait Stéphane Tarnier, et, cette thèse inaugurale ayant pour titre : *Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches*, se terminait par cette profession de foi :

« Nous n'avons pas inventé les faits, nous ne les avons pas fait plier à une idée préconçue; nous les avons discutés avec impartialité, en nous appuyant sur les règles de la pathologie, et c'est avec sincérité et conviction que nous soutenons que la fièvre puerpérale est contagieuse. »

Dans cette profession de foi terminale, se trouvent les trois choses qui, si souvent, pour ne pas dire toujours, sont associées chez ceux dont le labeur arrive à déchirer le voile masquant la vérité.

On y rencontre l'énoncé d'une rigoureuse méthode scientifique ayant dirigé les premiers travaux de l'auteur, méthode

que jamais il n'abandonnera dans ses travaux ultérieurs.

On y rencontre cet amour de la vérité le contraignant pour ainsi dire, lui, l'homme si pacifique et si respectueux envers la tradition, à proclamer un fait qui, aux yeux de presque tous ses maîtres, va le placer au rang des révolutionnaires. Et l'on peut, sans exagération, dire de lui aussi, en modifiant quelque peu les termes : Quand s'est posé devant lui, dans une de ces illuminations géniales, un problème scientifique, il ne le tient pour résolu qu'après avoir questionné la nature, après avoir groupé ou éliminé les faits, après les avoir, définitivement, condamnés à répondre. Il se garde de faire peser sur la sincérité de ces observations le poids d'aucun préjugé classique.

Pour comprendre à quel point Stéphane Tarnier se dégageait du préjugé classique, je n'ai qu'à rappeler en face de son affirmation l'opinion du grand maître d'alors sur la contagion de la fièvre puerpérale :

« Sur une question si peu assise, dit Paul Dubois, le doute au moins est un devoir; des preuves nombreuses et irrécusables peuvent, seules, fixer la science relativement à un mode de transmission que repoussent, quant à présent, les idées généralement reçues en physiologie pathologique et en pathologie. »

On rencontre, enfin, dans cette thèse, l'*affirmation d'une grande découverte*. Jusque-là, on courbait la tête devant ce « τὸ θεῖον », ce « *quid divinum* », cet « *ange exterminateur* », ce « *génie épidémique* », enfin, aussi inconnu dans sa source que dans son essence, qui, à un moment donné, s'abattait sur les pauvres femmes en couches. Qui pousse, en certains lieux, ce visiteur funeste? Quelle circonstance heureuse le chasse de ceux qu'il a désolés? s'écrie Danyau. Principe insaisissable et mystérieux! Les idées émises, les découvertes faites par Kneeland et Semmelweis, malgré leur grande portée, restèrent, pour ainsi dire, sans écho, et les femmes continuaient à mourir!

Pendant l'année 1856, Stéphane Tarnier, alors interne à la Maternité, voit mourir 132 femmes sur 2,237, soit 1 sur 19. Il

est désolé. Il interroge ses maîtres : Paul Dubois, Danyau, Delpech, et ils lui répondent : « Ce qui se passe à la Maternité se passe en ville, l'épidémie règne partout. Cela a toujours été ainsi, et cela sera toujours. »

« Je me révoltai, dit-il, contre le fatalisme d'une telle réponse, et dans l'ardeur et la confiance que donne la jeunesse, j'essayai de découvrir la cause des épidémies de fièvre puerpérale, et de trouver les moyens de lui porter remède. »

Comme je retrouve là tout entier, mon cher et vénéré maître ! Il assure, lui, l'homme bon et placide par excellence, qu'il s'est révolté. Mais pourquoi ? Il ne dit pas ce qu'il a ressenti, ce qu'il a souffert de la souffrance des autres. Il tait sa désespérance en voyant en dix jours, du 1er au 10 mai, 32 femmes, jeunes, saines, bien portantes, entrer à la Maternité pour y accoucher, et 31 de ces malheureuses quitter cet établissement dans un cercueil ! Je sais, moi, ce qu'il a souffert, il me l'a confié et j'ai bien le droit de le dire ici quoique j'eusse connu combien était grande la pudeur de ses sentiments généreux.

Et ce fut de là, cher Maître, bien que vous ne l'ayez pas avoué publiquement, ce fut de votre souffrance en face de la douleur des autres que jaillit cette illumination géniale qui vous fit entrevoir la contagion ; et bientôt, votre ardeur et votre jeunesse vous en firent poursuivre la démonstration. Vous aviez trouvé le remède presque complet en prouvant que ce « génie épidémique » ne dépassait guère les murs de l'hôpital, et en soutenant que c'était un virus.

Et c'est en apportant modestement cette découverte que Stéphane Tarnier fit son entrée à la Faculté pour obtenir le titre de docteur en médecine.

Il lui fallut lutter treize ans pour obtenir l'application des principes qui découlaient de sa découverte. Mais, plus heureux que Semmelweis, il put enfin, alors qu'il était chirurgien en chef de la Maternité, dès le 28 février 1870, organiser les services, et prendre les dispositions conformes à ses idées sur la contagion. Le résultat ne se fit pas attendre, et combien éloquent ! De 1858 à 1869, c'est-à-dire pendant toute la période où

la découverte resta à l'état de théorie, et que mon maître ... période d'inaction, il mourut à la Maternité plus de 9 f... sur 100 (9,33).

De 1870 à 1880, période de lutte contre la contagion, la ...talité tomba à 2,32 p. 100.

Quelle est donc la découverte médicale qui a donné des r...tats plus efficaces ? Je n'en connais pas.

Aussi, quand surgirent les applications pratiques des ...vertes de Pasteur et de ses disciples, applications que le c...gien en chef de la Maternité accueillit avec enthousias... étudia avec passion, déjà, une immense victoire avait été r...portée grâce à la découverte de Stéphane Tarnier.

Si, depuis et par l'emploi des méthodes antiseptiques ... mortalité est tombée de 2,32 à 1 p. 100 et au-dessou... moyens employés pour lutter contre la contagion l'avaient ... tomber de 9,33 à 2,32 p. 100. Peut-être l'éblouissement ... par les découvertes du prodigieux génie qu'a été Paste... l'excessive modestie du génie précurseur, ont-ils em... d'apprécier, comme elle le méritait, l'importance de la d...verte faite dans l'établissement de Port-Royal. Je ne ... douter que la postérité qui commence aujourd'hui, remette ... choses au point, quand je vois, qu'hier, un monument ... élevé à la mémoire de Semmelweis.

Le professeur de clinique obstétricale qui n'avait pas pr... la thèse de Stéphane Tarnier sans résistance, Paul Du... donna une meilleure preuve de sa sagacité en le choisi... comme chef de clinique.

Stéphane Tarnier fut nommé, au concours, agrégé en 18...

Pendant son agrégation, il montra à quel point il aimait l'...seignement en organisant spontanément des conférences. ... inconnue alors. Et dans une série de leçons, il se révéla pr...seur remarquable. Sans être doué des qualités dites brill... de l'orateur, il ne tardait pas à s'emparer de son auditoire ... le conquérir.

Dès le début on éprouvait une sorte de déception en en...dant une voix dont les proportions ne s'harmonisaient pas ...

celles du corps ; même, une légère difficulté dans la prononciation de quelques mots, accentuait par moment la dysphonie, mais bientôt, les sensations de la membrane du tympan étaient dominées et annihilées par des sensations cérébrales plus profondes et plus agréables. La compréhension devenait d'une facilité extrême. La simplicité, la clarté, la solidité de l'idée rayonnaient et l'esprit était captivé. Le bon sens, la rectitude du jugement, l'honnêteté de la pensée pénétraient et s'imposaient à l'auditoire. Il avait, comme A. Dubois, la juste prétention d'enseigner et non de discuter, et en appelait plus à l'autorité de son expérience et de son jugement qu'à l'autorité de sa parole et de sa dialectique. Ainsi s'expliquent ses succès oratoires, soit à la Faculté, soit à la Maternité où il enseigna pendant 22 ans, soit à l'Académie.

Le silence qui régnait aussitôt, partout où il prenait la parole, montrait assez le plaisir et le profit que chacun avait à l'entendre, et s'il sut, toujours et partout, conserver une exquise politesse et une parfaite urbanité de langage, il ne laissa pas de montrer, à l'occasion, toute l'indépendance de son esprit et la dignité de son caractère.

Il ne fut nommé professeur titulaire qu'en 1883 et fit sa première leçon en 1884.

Mais depuis longtemps, je puis, je crois, le dire sans être irrespectueux pour qui que ce soit, il était chef d'École; je pourrais même dire sans exagération, que bien avant sa nomination à la Faculté comme professeur d'accouchements, il personnifiait l'obstétricie française.

En 1889, il était nommé professeur de Clinique obstétricale.

Que dirais-je de son enseignement à la Clinique de la rue d'Assas ?

Clinicien consommé, opérateur merveilleux, il se montra là jusqu'à son dernier jour, c'est-à-dire jusqu'à hier, ce qu'il s'était montré pendant plus de vingt ans à la Maternité, le professeur de clinique incomparable !

Peut-être, parlant au nom de la Faculté, devrais-je m'arrêter sur ces mots ? Mais, il me semble qu'il ne me sera pas reproché,

après avoir essayé de vous montrer combien celui que nous avons perdu était grand, laissant libre essor à mes sentiments de piété filiale, on ne me reprochera pas, dis-je, d'essayer encore de montrer combien il était bon, car chez lui le cœur n'avait rien à envier au cerveau !

De lui aussi on peut dire : « Dès qu'il connut la douleur humaine, il ne sut plus se détacher d'elle et il ne se déshabitua plus de la soulager. » Et chez lui aussi, la bonté était aussi agissante qu'efficace. Je vous ai dit ce qu'avait produit sur lui, dès le début de sa vie médicale, la vue de ces jeunes mères fauchées par le fléau. Je vous ai montré la puissance du remède qu'il avait trouvé. Depuis ce moment, ses efforts furent incessants, ses recherches innombrables pour atténuer ou faire disparaître la douleur humaine : Instruments ingénieux conçus pour amoindrir les souffrances des mères et des enfants ; médications héroïques pour préserver les futures mères des accidents les plus redoutables ; alimentation et soins spéciaux pour les faibles ; refuges et abri pour les malheureuses privées d'assistance, il pensait à tout et à tous. Il voulait chez tous et pour tous conserver la vie et la rendre plus douce. Aussi, pendant vingt-cinq ans, ne l'ai-je pas entendu appeler autrement, aussi bien sur le lit de l'hôpital, que dans les demeures les plus somptueuses, que : Ce bon Monsieur Tarnier ! Combien un baptême semblable est enviable, et je puis dire qu'il ne fut jamais mieux mérité.

Il peut sembler inutile de parler de ses rapports avec ses compatriotes et sa famille ; on les devine. Cependant, laissez-moi dire, combien, moi qui ai eu l'honneur d'être admis dans son intimité, j'ai souvent été en admiration devant les sentiments de tendresse qu'il témoignait à sa Mère. Depuis longtemps, il est vrai, il ne s'appuyait plus efficacement sur l'épaule maternelle, mais combien il appréciait son appui moral ! Quelle joie il manifestait, quand elle arrivait à Paris, ou quand il allait la voir au pays natal ! combien il la chérissait et combien aussi, lorsqu'il eut le malheur de la perdre, il sentit qu'à tout âge on peut être orphelin !

Il me reste à dire ce qu'il fut pour ses élèves ! Il fut le maître par excellence ! Qu'on me pardonne de n'en pas dire davantage. Seuls, ceux qui pénétreraient jusqu'au fond de nos cœurs, pourraient comprendre l'intensité de notre douleur. Quant à moi, je dis :

Maître qui avez si bien mérité d'être appelé bienfaiteur de l'humanité, maître qui nous avez fait bénéficier de tant de conquêtes, qui nous avez donné un tel exemple, qui nous avez prodigué de tels enseignements, ma suprême ambition sera qu'on puisse dire de moi. un jour : il a été le digne élève de Monsieur Tarnier.

DISCOURS
PRONONCÉ AU NOM DES AMIS DU PROFES. TARNIER

Par le professeur **A. Herrgott** (de Nancy).

MESSIEURS,

Des voix, plus autorisées que la mienne, viennent de rappeler les services que le professeur Tarnier a rendus à la science, les nombreuses découvertes que lui doit l'obstétrique, les qualités du professeur, l'habileté du chirurgien, aussi, je n'essaierai pas de vous retracer la brillante carrière du savant que l'Académie de médecine appelait, il y a quelques années, à l'honneur de présider ses travaux.

Mon but est plus modeste.

C'est au nom de ses amis, au nom de ceux qui l'ont connu, de ceux qui l'ont aimé, que je vous demande de saluer une dernière fois celui qui vient de nous être si brusquement ravi.

Ils sont nombreux ceux qui pleurent aujourd'hui l'homme de bien que nous regrettons si amèrement. Il suffisait de l'avoir approché, pour se sentir irrésistiblement attiré par cette bonté, qui vous attachait à lui par des liens que rien ne saurait briser.

M. Tarnier était bon, et il l'était pour tous. Collègues et

élèves, puissants et humbles, tous ont senti la chaleur de ce cœur si affectueux, si dévoué, si généreux et si compatissant.

M. Tarnier était non seulement bon pour les siens qu'il aimait tant à voir se grouper autour de lui, dans cette maison paternelle d'Arc-sur-Tille que sa piété filiale avait su conserver telle qu'elle lui avait été laissée, mais il était bon pour ses élèves, qu'il considérait comme ses véritables enfants!

Il était bon pour ceux qui souffraient, et, pour eux, son dévouement n'avait point de bornes.

Il l'était aussi pour les humbles et il savait trouver dans son cœur le secret d'atténuer l'importance du service qu'il rendait.

Il était encore particulièrement bon, pour ceux qui avaient le privilège d'être admis dans son intimité. Il savait s'associer à leurs joies, partager leurs tristesses. Il était l'ami qui savait consoler.

La bonté était chez lui un besoin; son bonheur était de se sentir aimé.

Adieu, cher Maître, au nom de vos élèves, de vos amis, de vos malades, au nom de tous ceux qui vous ont connu et aimé !

Adieu aussi, au nom de mon père, dont l'estime pour les services que vous avez rendus à la science et à l'humanité n'était surpassée que par l'affection qu'il vous portait.

A la douleur d'avoir perdu son cher et fidèle ami, il a vu s'ajouter le cruel regret de ne pouvoir vous accompagner jusqu'à cette dernière demeure que vous aviez choisie auprès d'une mère chérie et toujours regrettée!

Si Dieu a permis que vous soyez désormais réuni pour toujours à vos parents vénérés, tous ceux qui vous ont connu conserveront pieusement dans leur cœur le souvenir de ce que vous avez été.

L'exemple que vous avez donné par votre vie de labeur et de dévouement ne sera pas perdu pour l'avenir, il ne sera pas éphémère, il ne disparaîtra pas dans cette tombe, il vivra, et vous vivrez avec lui !

Adieu !

TRAVAUX ORIGINAUX

MALADIES DU CŒUR ET GROSSESSE

LEÇONS SUR LA PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

Par le Dr **J. Lvoff**,
Privat-docent à l'Université de Kazan (Russie).

La question des rapports qui existent entre les maladies du cœur et la grossesse est loin d'être parfaitement tranchée et demande non seulement l'analyse critique des opinions formulées par les différents auteurs, mais encore l'exposé d'observations cliniques capables de servir de point d'appui à sa juste résolution.

Ce n'est qu'au siècle courant qu'on a commencé à étudier l'état du cœur chez les enceintes. Les premières observations là-dessus, faites par M. Larcher et publiées en 1828 (*Arch. génér. de méd.*, XVI, 521), concernent l'affirmation du fait que durant la grossesse l'activité du cœur est augmentée, de là l'hypertrophie du ventricule gauche. Cette déclaration fut confirmée ensuite par les recherches de Ducrest (*Arch. gén. de méd.*, 1846, X, 28), et Peacok. Plus tard Blot (*Bullet. de l'Acad. de médec.*, 1862-63) a noté le ralentissement du pouls chez les accouchées en relation avec les affections du cœur pendant la grossesse. C'est seulement après 1860, quand Hecker (*Klin. d. Geburtsk.*, I, p. 172) a décrit deux cas de mort pendant les couches en présence d'une sténose de la valvule mitrale, que les représentants de l'accouchement prêtèrent à la signification des vices du cœur pendant les couches l'attention qui lui est due. Spiegelberg (Ueb. d. Complic. d. Puer. mit. chron. Herzkrankh. *Arch. f. Gynækolog.*, 1876, II, 236) expose dans un article détaillé son opinion sur l'importance des vices du cœur dans la grossesse, pendant les couches et dans la période successive.

Les femmes atteintes de maladies chroniques du cœur sont exposées durant la grossesse et dans la période qui la suit à un grand danger, vu que la force compensatrie qui fait équilibre au vice du cœur dans les circonstances habituelles peut être insuffisante quand les conditions de la pression sous laquelle le cœur travaille se trouvent changées par la grossesse et même transformées subitement dans la suite par les couches. La circulation placentaire ajoutée aux artères et veines utérines rend la circulation dans la région de l'aorte plus difficile et augmente en même temps le travail exigé du cœur; la circulation placentaire une fois éloignée pendant les couches, tout change rapidement, la pression dans l'aorte baisse et monte dans le système veineux relativement rempli à la suite de l'obturation de gros vaisseaux utérins et utéro-placentaires; grâce à quoi, ainsi qu'au vide produit dans la cavité péritonéale par les grandes excursions du diaphragme après l'enfantement, le sang s'élance en masse vers la cavité thoracique et les poumons et le travail du cœur droit augmente. Ces changements-là, régularisés facilement par un organe normal, peuvent amener un grand désordre dans l'activité d'un cœur dont les conditions mécaniques sont troublées. La manière dont cela se passe et l'époque où cela a lieu dépendent de l'endroit où siège le vice et du degré de la compensation, de la qualité du muscle cardiaque, du caractère des changements survenus dans les vaisseaux de la petite et de la grande circulation.

Partant de ces données générales, Spiegelberg dit ensuite qu'en cas d'insuffisance des valvules de l'aorte les désordres menaçant la circulation ne se manifestent dans la majorité des cas que pendant la grossesse et ordinairement dans sa dernière moitié. La compensation, surtout quand l'affection est récente, n'est pas à même souvent de surmonter les obstacles dans le système artériel. Les accès d'asthme cardiaque et l'activité irrégulière du cœur peuvent amener des couches antérieures au terme, pendant l'enfantement les phénomènes atteignent leur maximum, tout cela une fois fini, il s'établit rapidement une rémission et une guérison apparente. L'insuffisance et la sténose de l'orifice

veineux, suivant Spiegelberg, ne sont pas particulièrement à craindre, si elles datent de loin et si elles sont équilibrées par l'hypertrophie du ventricule droit, et si en même temps le relâchement du ventre n'est pas grand et la pression élevée est immédiatement éloignée avec la perte du sang pendant les couches. Dans le cas où les voies pulmonaires sont trop remplies de sang stagnant, durant la grossesse et surtout dans ses derniers mois, on peut en voir apparaître les conséquences dans les complications ou dans les circonstances accidentelles qui rendent la respiration et la circulation pulmonaire difficiles graduellement ou bien brusquement, amenant à leur suite des accès brusques et violents d'asthme, d'œdème des poumons, de leur catarrhe aigu, d'œdème général, d'hydropisie.

En se développant lentement l'augmentation compensatrice du ventricule droit peut même pendant la grossesse combattre les phénomènes passagers sans donner lieu aux accès particuliers et une amélioration survient à la suite des couches. Quelquefois dans des conditions favorables la grossesse n'amène pas du tout des phénomènes de stagnation, ou bien dans un degré insignifiant, par contre le désordre de la compensation est d'autant plus grand après les couches. Ce qu'on observe surtout dans les cas des vices récents de la valvule mitrale. Le ventricule droit ne peut pas alors chasser dans l'artère pulmonaire le sang qui lui arrive en abondance des veines du corps, en même temps le cœur gauche gêne le déversement du sang des veines pulmonaires. Tout cela, le fonctionnement irrégulier du cœur, l'œdème des poumons, l'oxygénation insuffisante du sang, peut causer une mort subite et rapide pendant les couches. Ou bien la mort peut survenir à la suite d'une embolie. Dans les cas moins accentués tous ces accès peuvent être éloignés par le traitement correspondant, et dans la période successive aux couches la petite circulation se rétablit tout à fait.

Partant de ce qui précède, Spiegelberg établit la thérapeutique suivante : en présence des vices des valvules de l'aorte chez les enceintes il faut éviter l'abaissement de l'activité du cœur, de même que l'augmentation de la pression latérale dans

les vaisseaux, donc la digitale ne convient pas ici, ce qui est nécessaire c'est le repos, les purgatifs et, dans les cas exceptionnellement graves, les couches artificielles antérieures au terme. Dans le cas de vices des valvules mitrales les couches artificielles peuvent être pratiquées, mais, suivant Spiegelberg, elles sont absolument défendues quand il existe une insuffisance non compensée de la valvule mitrale, en général quand on peut s'attendre à une pression élevée et à un trop-plein du petit circuit à la suite des couches. Dans ces cas-là, il conseille la *digitale* à petites doses et la saignée en présence du trop-plein de la petite circulation.

Fritsch (Bemerkungen zur Patholog. und Physiolog. des Circulations Apparates bei Schwangeren und Wöchnerinnen. *Arch. f. Gynakol.*, Bd. VIII, Hft. 3te, 1875) dit qu'il n'est pas rare de voir l'insuffisance de la valvule mitrale causer une mort subite pendant la grossesse, dans les couches et dans la période qui les suit. Cela vient de l'impuissance du cœur à compenser les balancements et les changements dans la pression du sang, causés par cet état. La chose se passe ainsi pendant la grossesse. l'obstacle à la circulation du sang dans l'aorte augmente, et en même temps le travail effectué par le cœur, bien qu'après les couches la pression du sang dans l'aorte diminue, la masse du sang augmentée par celle qui lui arrive de la matrice en contraction, se précipite dans la cavité thoracique, dans les poumons et augmente le travail du cœur droit. Si ce changement dans l'appareil circulatoire pendant la grossesse n'a aucune influence sur un cœur sain, en vertu d'augmentation possible de son travail par l'hypertrophie de ses parois, cela se passe autrement en présence de ses maladies. En voici la cause : les mouvements expiratoires étant accélérés pendant les douleurs de l'enfantement, il survient des obstacles à l'arrivée du sang dans la matrice ; mais une fois les douleurs finies, l'équilibre se rétablit. En présence d'une insuffisance de la valvule mitrale, une trop grande pression du sang dans le cœur peut provoquer une paralysie rapide et même la mort. Après les couches, la pression artérielle tombe, le sang arrive en petite quantité dans le cœur

dilaté, de là les contractions irrégulières du cœur, l'arythmie, à la suite de quoi il passe moins de sang par la petite circulation, l'hématose s'effectue d'une manière insuffisante, la vitalité baisse, le muscle cardiaque mal nourri s'affaiblit, la vis à tergo de même et la chose tourne à la paralysie générale du cœur; un asthme apparaît, une cyanose, un œdème des poumons, quelquefois une hémorrhagie utérine qui hâte la fin.

Michel Peter (*Union méd.*, 28 février, 5 mars 1872), au second meeting de l'Association britannique des médecins, présenta un article sur les hasards auxquels les femmes atteintes de maladie de cœur sont exposées pendant la grossesse. Suivant lui ces malades-là sont disposées aux fausses couches et aux pneumonies. Il trouve cette disposition tellement dangereuse, qu'il interdit absolument aux femmes souffrant de vice chronique du cœur de devenir mères.

Ensuite vient un article intéressant de Löhlein sur l'état du cœur chez les femmes enceintes et accouchées (*Zeitschr. f. Geburtsh.*, V, 1876, B.I. Hft.3). Dans la première partie de son ouvrage, il analyse les phénomènes du côté du cœur chez les femmes enceintes et accouchées bien portantes, dans la seconde les mêmes phénomènes dans les cas de vices organiques du cœur. Dans la première partie en contradiction avec les opinions de Larcher, Blot et Spiegelberg, d'après ses propres mensurations du cœur sur les cadavres des accouchées, l'auteur arrive à la conclusion que la grossesse par elle-même n'amène pas l'hypertrophie du cœur. L'agrandissement du territoire du son percussionnel murmurant (émoussé) ne dit rien encore et l'auteur ne l'a même pas observé. Dans la seconde partie l'auteur envisage d'une manière critique la question : pourquoi les maladies organiques du cœur sont-elles plus dangereuses à la vie pendant la grossesse et après les couches? Selon lui, on ne peut pas être complètement d'accord avec Spiegelberg ni avec Fritsch. Spiegelberg suppose que ce danger est déterminé exceptionnellement par les rapports modifiés de la pression du sang, survenus à la suite de la nouvelle circulation placentaire et de l'augmentation générale du sang; tout cela rend les obstacles dans la région de l'aorte plus grands

et donne lieu au développement de l'hypertrophie du ventricule gauche. Niant absolument l'hypertrophie du cœur, Lõhlein prétend que si le danger du vice du cœur était déterminé par le changement de la pression sanguine, alors la plus grande mortalité dans ces maladies-là aurait justement lieu pendant les couches mêmes, étant donné qu'au moment des douleurs de l'enfantement les balancements de la pression sont le plus grands. Il n'est pas d'accord non plus avec Fritsch qui n'explique pas comment il arrive que la compensation se trouble pendant la grossesse, rendue insuffisante par l'augmentation du sang avec formation d'une sorte d'anévrysme du cœur passif minimum, surtout du cœur droit.

Quant à la période postérieure aux couches, Lõhlein, après avoir signalé les contradictions dans les jugements de Spiegelberg (la pression baisse après les couches dans l'aorte, s'élève dans les veines, à la suite de quoi et des excursions fréquentes du diaphragme le sang afflue en grande quantité dans la cavité thoracique, dans les poumons, et augmente le travail du cœur droit) et de Fritsch (la pression abdominale tombe, de là une sorte d'arrêt du sang, il n'y en a qu'une petite quantité qui arrive au cœur; après les couches le travail de ce dernier diminue) admet qu'après les couches le sang arrive en grande quantité dans les poumons à la suite d'une plus forte aspiration de la cage thoracique; en même temps il est contre l'abaissement de la pression dans le système de l'aorte. De là le résumé général de Löhlein : le désordre de la circulation est influencé: 1) par le déplacement des poumons à la suite du soulèvement du diaphragme (pendant la grossesse surtout quand le ventre est très distendu, hydramnios, ascite, jumeaux en présence des maladies des organes respiratoires), et 2) par l'arrivée du sang en grande quantité aux vaisseaux pulmonaires après les couches, y compris les changements de la pression pendant les douleurs d'enfantement. A la fin, Löhlein insiste sur la disposition des vaisseaux altérés par suite des processus inflammatoires récidivants pendant la grossesse et après les couches (endocarditis et myocarditis), ce qui amène de nouveau le trouble

dans l'activité du cœur. Quant à la thérapeutique, Löhlein dit que les couches artificielles antérieures au terme peuvent être nécessaires dans tout autre vice du cœur et non seulement en cas d'insuffisance des valvules de l'aorte (Spiegelberg), car autrement on peut s'attendre pour sûr à la mort de la malade avant la fin de la grossesse ou pendant les couches. Mais ces cas-là, suivant Löhlein, sont bien rares.

Wessner (*Chronische Herzkrankheiten und puerperium Dissert.*, 1885) cite 25 cas de la clinique de Berne où la période postérieure aux couches fut compliquée par les maladies chroniques du cœur ; 24 de ces malades ne se plaignaient guère ou très peu de cette complication et une est morte le premier jour après les couches. Partant de ces données, il suppose que les opinions sur la gravité du danger de la coïncidence de la période postérieure aux couches avec les maladies chroniques du cœur sont exagérées. Quant à l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse, il la nie avec Löhlein.

Zweifel, dans ses accouchements (*Geburtsh.*, 1887), mentionnant deux cas de mort des enceintes avec les vices du cœur, reconnaît la fatigue du cœur après les couches, à la suite de quoi une embolie peut se déclarer facilement dans la période postérieure aux couches, même en présence d'une pression élevée du sang. De là, la nécessité de faire une attention sérieuse aux vices du cœur chez les enceintes.

Jaccoud (*France médicale*, 1887), après avoir exposé en deux articles deux cas de vice du cœur pendant la grossesse au cours favorable (sans désordre évident dans la compensation de l'activité du cœur chez des femmes comparativement jeunes), dit que Peter exagère le danger des vices de v. mitralis durant la grossesse, et que c'est à tort qu'il défend le mariage aux personnes atteintes de ces vices. Suivant lui, il n'y a pas de raison d'interdire le mariage si le vice de la valvule ne s'est jamais manifesté et n'a occasionné à la malade des (symptômes) souffrances quelles qu'elles soient. Il trouve en même temps qu'il est nécessaire de prendre en considération la position sociale de la malade : si elle n'est pas à

même de passer la seconde moitié de la grossesse au repos presque absolu et de suivre exactement les prescriptions du médecin, le mariage est risqué. Dans le cas où il se présente chez la malade des phénomènes du désordre de la compensation, c'est plus que sûr qu'ils vont se répéter le quatrième ou le cinquième mois et accompagner la grossesse jusqu'à sa fin. Des œdèmes insignifiants, des palpitations du cœur ne sont pas d'une grande importance, mais en cas d'asthme et d'hémoptysie, surtout en présence d'une albuminurie, le mariage doit être interdit. En fait d'affections des valvules sygmoïdes, auxquelles l'auteur attache une importance non moins grande, il conseille de se guider d'après les mêmes considérations. D'un autre côté, il faut avoir en vue les désirs des malades, une contradiction pouvant amener des symptômes de syncope qui présentent le plus grand danger dans ces maladies.

Berry Hart déclare que sur huit cas de sténose de la valvule mitrale chez les enceintes, 7 ont été suivis de mort pour la plupart dans la troisième période des couches. Se basant sur ces données, il dit qu'en cas d'un vice du cœur parfaitement prononcé, le mariage ne doit pas être permis et les enceintes doivent éviter les efforts musculaires et observer les règles de la diététique. En présence des accès indiquant le trouble dans la circulation, il conseille le *Strophantus*, vu que le strophantus ne provoque pas comme la digitale les contractions des petites artères ; c'est donc un remède purement cardiaque, car il n'arrête pas la circulation dans les veines.

Schröder, dans son *Traité d'accouchements* (traduction russe, 1889), dit ce qui suit : La grossesse et les couches ont sur les maladies du cœur une influence absolument défavorable, qui se manifeste dans des directions différentes. Avant tout, le travail démesuré demandé au cœur pendant la grossesse, et d'autant plus durant les couches, rend la compensation insuffisante. Dans ces cas il peut se développer un œdème aigu des poumons, qui menace l'existence. L'endocardite récidive facilement pendant la grossesse ; il paraît que la disposition aux embolies augmente à la suite de l'activité ren-

forcée du cœur. La vie de l'embryon est aussi en danger, vu que la grossesse peut s'interrompre avant le terme. L'insuffisance des valvules de l'aorte provoque pendant la grossesse surtout des symptômes menaçants, l'hypertrophie du ventricule gauche n'étant pas à même de surmonter les obstacles grandissant toujours, après les couches les symptômes s'amendent avec une rapidité étonnante. En cas d'insuffisance de la valvule mitrale, le trop-plein du système de l'artère pulmonaire peut amener déjà pendant la grossesse des troubles fort graves. Le danger est encore plus grand pendant les couches et surtout au moment de l'expulsion du fruit, où survient souvent la mort subite de l'accouchée. Parfois les symptômes rapides n'apparaissent que dans la période des couches, à la suite d'un changement brusque des conditions de la circulation. La grossesse finit souvent avant le terme. Si cela n'arrive pas de soi-même, étant donnés les troubles considérables dans la compensation, il peut y avoir nécessité de pratiquer les couches artificielles antérieures au terme. Dans tous les autres cas, il faut soigner ces malades d'après les règles générales.

Le professeur J.-P. Lazariewitsch, dans son *Traité des accouchements* (2e édition, 1892), se prononce comme il suit sur la question qui nous intéresse :

Si la grossesse augmente l'activité du cœur, lorsque son état est anormal, cela peut être nuisible et même funeste à l'organisme, amenant à sa suite une respiration difficile, une cyanose et des affections fort graves. Comme conséquence de l'insuffisance de la valvule mitrale, dans la seconde moitié de la grossesse principalement, dans des conditions défavorables peuvent se développer une hyperhémie (pléthore) pulmonaire, des bronchites, une hémoptysie, une affluence du sang vers les reins, les organes de digestion et de reproduction, des œdèmes et des hydropisies. La tension musculaire pendant les couches, excitant le cœur malade à une plus grande activité, peut devenir nuisible et même funeste, en causant des syncopes et une mort subite. Après les couches un changement brusque dans la

distribution du sang peut d'une autre manière troubler l'activité du cœur, d'autant plus si ce dernier est atteint d'une dégénérescence graisseuse. Les douleurs de l'enfantement, très fortes, peuvent être très dangereuses chez les personnes atteintes de maladies du cœur, vu qu'elles troublent la circulation. c'est pourquoi l'usage du chloroforme peut être utile en affaiblissant la tension excessive de la presse abdominale. Dans d'autres cas il est nécessaire en même temps de se servir du forceps ou de faire la version. Les maladies du cœur gênant la circulation et la respiration peuvent servir d'indication à la production des fausses couches artificielles ou des couches dans le but de prévenir la pression sur le diaphragme pendant les derniers mois de la grossesse, qui peut devenir dangereuse.

Le professeur Winkel (*Lehrb. d. Geburtsh.*, 2 Abt., 1893). dans son *Traité des accouchements*, se basant sur 22 cas, dont il n'y avait qu'un seul de mortel, se prononce contre les couches antérieures au terme dans ces cas-là. A part les données en chiffres, il indique encore que nous ne pouvons pas faire venir les couches dans quelques heures sans que cette manœuvre ne soit accompagnée d'excitation psychique et d'irritation locale, tandis que la maladie principale de la mère reste. C'est pourquoi il conseille de se servir de chloroforme pendant les couches chez ces malades, et en cas de collapsus et d'œdème pulmonaire de recourir aux injections sous-cutanées d'éther en grandes doses.

Le professeur Fehling (*Physiologie et pathologie de la période puerpérale*, traduction russe, 1890) dit que l'état des malades atteintes de vices du cœur empire pendant la grossesse et d'autant plus pendant les couches, vu que la compensation du cœur, à peine suffisante dans les conditions habituelles, peut manquer facilement à cette époque. Ensuite l'auteur reconnaît absolument l'activité exagérée du ventricule gauche durant la grossesse, qui dans les conditions ordinaires a pour conséquence un agrandissement objectif du cœur, et dans ceux qui sont défavorables peut provoquer une atrophie

subite du muscle cardiaque. Ce n'est que dans ce dernier cas que la compensation insuffisante se développe en présence des vices de la valvule avec toutes ses conséquences fâcheuses pendant la grossesse (stagnation du sang dans la petite circulation, respiration difficile, catarrhe des poumons, cyanose, œdèmes, hydropisie, albuminurie et d'autres), et pendant les couches (augmentation de l'asthme, œdème des poumons, hémorrhagies cérébrales et d'autres). Suivant Fehling, les couches ont le même effet sur le cœur qu'une ascension difficile sur un malade atteint de vice du cœur.

Quant à la période successive aux couches, Fehling est complètement d'accord avec Wessner et n'accorde pas en général aux vices du cœur une signification sérieuse.

Lusk (*New-York Medical Journal*, 1893, january) cite quelques cas de sa pratique où une sténose mitrale se présenta comme une complication grave de la grossesse. Suivant l'auteur, le médecin doit avoir pour règle de faire un examen minutieux du cœur dans tous les cas de grossesse. En présence d'une sténose d'orifice veineux avant le cinquième mois de la grossesse, le plus rationnel est de provoquer une fausse couche artificielle. Si les premiers symptômes de souffrances cardiaques se manifestent le sixième mois de la grossesse, le fruit ne survit pas ordinairement aux derniers mois de la grossesse. Les enfants des mères atteintes de vices du cœur sont en général condamnés à une vie extra-utérine fort courte et doués de différents vices de conformation. Quand le collapsus se produit chez les enceintes et les accouchées, l'auteur se sert avec précaution du chloroforme jusqu'à la manifestation de son effet excitant; ce dernier amène non seulement une amélioration dans l'état de la malade, mais facilite encore à l'accoucheur l'application d'autres procédés.

Des discussions très intéressantes suivirent cette communication.

Ross prétend que le danger d'une fausse couche artificielle est aussi grand que celui présenté par les couches à terme, attendu que la maladie du cœur est une complication fort grave

de toute action génésique. Higgins, par contre, est de l'avis que les derniers mois de la grossesse sont plus dangereux, vu que les vices du cœur chez les enceintes progressent de mois en mois et épuisent à la fin les malades ; les couches artificielles donnent un pronostic d'autant meilleur que l'état général des malades est meilleur.

John Cronyn dit que le chloroforme agit d'une manière favorable sur le collapsus cardiaque en diminuant l'excitabilité extrême et l'irritabilité du cœur. La digitale est dangereuse pour les enceintes.

Armstrong cite le cas d'une femme accouchée six fois avec le vice de l'orifice veineux.

Mars (*Prezglad lekarski*, 1893, nº 11) décrit les couches chez une primipare de 21 ans, atteinte d'insuffisance de la valvule mitrale. A partir du troisième mois de la grossesse il y a eu des accès du côté du cœur, un asthme, une palpitation accélérée. L'état de la malade, malgré le traitement, allait de mal en pis : le moindre mouvement provoquait un asthme pénible et une palpitation. La malade était contre l'interruption de la grossesse.

Une amélioration se fit le neuvième mois ; à mesure que descendait le fond de l'utérus et la tête du fruit dans la cavité du bassin, la malade put se promener dans la chambre. Pendant les couches, arrivées au terme, dont la première période fut régulière au début, mais à la fin cela a empiré du côté du cœur : on donna t-ra strophanti 15 gouttes + 10 de t-ra opii ; il s'ensuivit une amélioration visible. Dans la seconde période une brusque aggravation : cyanose, asthme, pouls de 130 à peine sensible, douleurs à la poitrine. Les couches furent terminées à l'aide du forceps. La malade guérit après les couches.

Le professeur Leiden (*Zeitschr. f. klin. Med.*, Bd. 23, Hft. 1-2, 1893) propose, dans un article détaillé, une thérapeutique bien plus énergique que celle dont on se servait généralement jusqu'ici ; il s'appuie sur 8 cas de vices du cœur observés chez les enceintes, avec un résultat mortel et 3 cas de mort à la

suite d'autres maladies, mais en présence des symptômes d'affaiblissement de l'activité cardiaque. A l'aide de ses propres données statistiques et de celles de Macdonald et de Lublinsk, Leiden arrive à la conclusion que sur 137 cas de maladie du cœur chez les enceintes, 83 ont été suivis de mort ou 52,8 pour 100. Les vices de la valvule mitrale sont plus fréquents d'après cette statistique, il y en avait 40 sur 55 cas, donc 87,5 pour 100. Parmi les moments déterminant le danger des vices du cœur chez les enceintes, Leiden place : *a*) l'absence ou l'insuffisance de l'hypertrophie du cœur, qui se développe normalement dans la grossesse, et l'affaiblissement de l'activité du cœur après les couches à la suite de son épuisement ; *b*) la difficulté de la circulation sanguine dans les poumons à la fin de la grossesse, pendant les couches et après, conformément aux indications d'autres auteurs ; *c*) plethora et hydræmia augmentant le travail du cœur pendant la grossesse, et enfin, *d*) la modification dans l'activité des reins. Leiden insiste sur les couches artificielles antérieures au terme dans les cas difficiles, disant que grâce à la technique contemporaine elles ne sont nullement dangereuses ni pour la mère ni pour l'enfant, lorsque l'avantage en est évident, pourvu que le secours ne vienne pas trop tard.

Enfin le Dr Solowieff (Sur l'interruption de la grossesse en présence des vices chroniques du cœur. *Revue médicale*, 1893, n° 20 ; cas de mort pendant les couches avec le vice du cœur non compensé ; travaux de la Société d'accouchements et de gynécologie à Moscou, 1893), s'appuyant sur les observations faites à la clinique d'accouchements à Moscou, communique des données fort démonstratives en faveur de l'interruption de la grossesse en présence des vices non compensés du cœur. En somme, sa manière de voir a beaucoup de commun avec celle de Leiden, et en résumé il dit entre autres : la grossesse est un état qui influence infailliblement le cours de la maladie cardiaque en l'empirant. Quant au côté thérapeutique de l'éloignement des troubles cardiaques pendant la grossesse chez les malades atteintes de vices du cœur, il ne diffère en rien de

celui qu'on emploie ordinairement ; dans les cas qui ne se prêtent pas au traitement, on doit recourir aux moyens d'accoucheur. autrement le mal augmente et la malade peut périr pendant les couches ou après ; dans les cas gravès, il ne faut pas s'arrêter devant une fausse couche artificielle, même tardive, mais on doit éviter le chloroforme, vu son effet sur le muscle cardiaque.

Sears (*The Boston med. and surgic. Journal*, 1894, III, 16) admet, d'un côté, que dans beaucoup de cas la grossesse n'a aucun effet sur les vices du cœur; d'un autre, il déclare que si le trouble de l'activité cardiaque survient pendant la grossesse, la position de la malade devient fort dangereuse. C'est pourquoi il conseille dans ces derniers de se décider d'interrompre la grossesse le plus tôt possible même dans les cas où les symptômes dangereux ne sont pas encore présents. De même il est nécessaire d'interrompre la grossesse le plus tôt possible dans les cas où on voit par l'anamnèse des grossesses précédentes qu'il y a eu des phénomènes du désordre de l'activité du cœur. Si la maladie est très avancée, l'interruption artificielle de la grossesse n'améliore pas la chose, elle l'empire encore en hâtant l'arrivée des symptômes menaçants.

Nous pouvons facilement voir par les données littéraires citées, que la signification des vices du cœur pour la grossesse est bien différemment appréciée. Pendant que les uns (comme Wessner, Winckel, Fehling et d'autres) prétendent que les vices du cœur n'ont pas une influence particulière sur la marche de la grossesse et sur la santé des enceintes, d'autres (comme Spiegelberg, Schröder, Lazariewitsch, Leiden, Solowieff, etc.), y attachent une grande importance, disant que dans les cas graves, pour sauver la malade, il est nécessaire de provoquer les couches artificielles antérieures au terme ou une fausse couche ; enfin il y en a qui, comme Löhlein, Peter, Lusk, attribuent aux vices du cœur une telle importance, qu'ils conseillent d'interdire le mariage aux personnes atteintes de vices du cœur. Nous pouvons voir plus loin de la littérature exposée que même les questions fondamentales concernant l'état du

cœur pendant la grossesse ne peuvent être regardées comme résolues ; ainsi nous voyons que pendant que Blot, Larcher et d'autres reconnaissent la présence de l'hypertrophie du cœur durant la grossesse, Löhlein et d'autres regardent cette question comme n'étant pas démontrée et forcent par cela même les auteurs qui leur succèdent, comme Leiden, de reconnaître l'existence de l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse comme étant conventionnelle. Je me permettrai donc d'attirer votre attention sur ce point et de vous faire arriver avec moi à l'une ou l'autre résolution absolue de cette question, à l'aide des données théoriques, expérimentales et pratiques. Passons aux données de la pathologie générale et voyons ce qu'elles disent là-dessus. Le professeur V. V. Paschoutine, dans ses *Leçons sur la pathologie générale* (2e partie, 1881), dit ce qui suit : Il existe une hypertrophie idiopathique du cœur en présence d'une augmentation du travail de ce dernier, lorsque dans les valvules du cœur et les vaisseaux il n'y a pas signe de désordre pouvant troubler la régularité de la circulation. On constate ensuite des cas d'hypertrophie du cœur, le système vasculaire étant parfaitement normal, en présence de causes assez claires ; ici se rapportent les cas d'hypertrophie du cœur où ce dernier est condamné à un grand travail, comme cela a lieu chez les personnes exposées aux grands efforts musculaires : c'est ici qu'il faut ranger l'hypertrophie du cœur dans différentes maladies du système nerveux du cœur, causant une excitation renforcée de cet organe sous l'influence de secousses psychiques modérées, des efforts musculaires, etc. L'hypertrophie du muscle cardiaque dans les deux cas est parfaitement claire, étant donné que chaque muscle suffisamment nourri est atteint d'hypertrophie, s'il doit fonctionner outre mesure.

Rapportant ces indications du professeur Paschoutine à la femme enceinte, nous arriverons à la conclusion suivante : dans la seconde moitié de la grossesse, à la suite de la circulation utéro placentaire qui s'ajoute, à la suite de l'augmentation de la masse générale du sang et de l'élévation de la pression artérielle du sang, l'activité du cœur doit absolument devenir plus

grande. et si c'est ainsi. étant donnée une bonne nutrition, doit se produire une hypertrophie concentrique de tout le cœur ou de la région qui travaille beaucoup (le ventricule gauche) et en cas d'une mauvaise nutrition une extension passive de ses cavités surtout de celle du ventricule gauche, en vue d'augmenter sa capacité, ensuite vient une atrophie, une dégénérescence des muscles cardiaques.

Passant aux données clinico-expérimentales à ce sujet, je vous indiquerai tout d'abord que c'est encore Blot et Larcher qui, en faisant les mensurations et les pesées du cœur sur les cadavres des accouchées, sont arrivés à la conclusion que le cœur s'hypertrophie quelquefois jusqu'à 1/4-1/3 de son premier volume. Macdonald et Leiden confirment l'existence de l'hypertrophie du cœur chez les enceintes, qui se manifeste en bruits disparaissant après les couches et en palpitation accélérée. Wessner et Löhlein nient le fait de l'hypertrophie du cœur.

M. Letulle (*Archives générales*, 1881, III), dans son article : « Examen du cœur chez les femmes enceintes et les accouchées », en analysant les différentes causes de l'augmentation de l'émoussement cardiaque chez les enceintes. conclut que ni l'hypertrophie des parois du cœur, ni l'agrandissement apparent de son volume à la suite du soulèvement du diaphragme n'expliquent tous les phénoménes cliniques, c'est pourquoi il admet encore la dilatation du cœur, sans doute avec des preuves. Au sujet de l'hypertrophie, il cite les résultats des pesées du cœur chez cinq accouchées et une femme enceinte le dernier temps ; en général l'augmentation de la masse du cœur n'était que de 3 grammes, et dans quelques cas le poids du cœur était plus petit que la moyenne. Se basant sur ces données, il conclut que l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse n'est pas un phénomène constant et son degré n'explique pas les résultats de l'examen physique pendant la vie.

L'augmentation de l'émoussement cardiaque produit par le soulèvement du diaphragme (indiqué tout d'abord por Gerhardt et Friedreich) est hors de doute dans quelques cas ; cela est déterminé par la diminution rapide des limites percussionnelles du

cœur après les couches. Comme preuve, il cite un cas démonstratif où chez une malade atteinte d'éclampsie à la fin de la grossesse, la matrice arrivait à des dimensions énormes (hydræmios) et touchait l'apophyse xiphoïde ; la limite supérieure du son murmurant du foie commençait depuis la quatrième côte sur la ligne parasternale, le choc du cœur était perceptible dans le troisième espace intercostal à 8 centimètres de la ligne médiane. L'affaiblissement du son dans le diamètre du second espace intercostal allait jusqu'à 7 centimètres et demi. Six heures après les couches le choc était perceptible dans le quatrième espace à 8 centimètres de la ligne médiane, son diamètre n'était que de 6 centimètres. Le son murmurant du foie resta le même. A l'autopsie, 3 jours plus tard, le cœur pesait 250 grammes, les parois du ventricule gauche étaient de 13 millimètres, du ventricule droit 5 millimètres, la cloison interventriculaire 15 millimètres. D'après ce qu'on voit, l'hypertrophie était insignifiante et le son faible venait du déplacement du cœur par le diaphragme.

Ensuite l'auteur se mit à vérifier les hypothèses de Fritsch et de Löhlein, qui reconnaissent la dilatation des cavités cardiaques pendant la grossesse. Les phénomènes fréquents d'anémie dans le cœur et le pouls veineux chez les enceintes donnaient le droit de regarder cette hypothèse comme vraie. Dans ce but l'auteur a examiné 26 femmes, 8 à la fin de grossesse et 18 bientôt après les couches. Chez toutes le diamètre du son faible du cœur se trouvait dans le troisième espace intercostal et était augmenté dans tous les cas : tandis que chez des femmes adultes normales il est de 5-6, maximum 7 centimètres, chez les enceintes il était de 7 centim. 1/2 minimum, et 10 centim. maximum, en moyenne de 8 centim. 1/2. Sept ou douze jours après les couches le diamètre diminuait de 1-2 centim. 1/2 ; son maximum était de 8 centimètres et en moyenne de 6 centimètres 1/2.

A part le changement du diamètre de l'émoussement cardiaque, l'auteur trouva aussi une modification dans la localisation du choc cardiaque ayant déterminé la position de ce choc chez

une femme depuis l'âge de 18 à 30 ans dans le 4e ou 5e espèce intercostal à 6 ou 7 cent. et demi et à 8 maximum; à gauche de la ligne médiane, il trouva que chez les enceintes le choc du cœur était à 8 1/2-10 et 11 maximum à gauche de la même ligne, presque à la même place quelques heures après les couches; plus tard, il était difficile de le déterminer à cause du durcissement des seins. Nous avons donc, à part l'agrandissement de l'émoussement cardiaque, le déplacement du choc à gauche, ce qui peut avoir lieu dans l'hypertrophie ainsi qu'à la suite d'une dilatation du cœur.

L'auteur put constater souvent le pouls veineux chez les enceintes, et cela fréquemment chez celles qui n'étaient point anémiques. Sur 8 enceintes il était très accentué chez 7, et sur 17 accouchées, chez 15 il ne disparaissait pas encore quand les malades observées devaient quitter l'hôpital. L'auteur le considère comme manifestation d'une dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire. A part cela on a observé dans tous les cas des bruits dans les veines cervicales, ainsi nommés anémiques, et à la base du cœur on entendait chez plusieurs personnes le bruit de la systole.

De tous ces symptômes énumérés, l'augmentation de la matité cardiaque et le déplacement du choc du cœur à gauche peuvent être interprétés ou par l'hypertrophie ou bien par la dilatation cardiaque. Les bruits dans le cœur et dans les veines sont en rapport avec les anémies des enceintes ; quant au pouls, il dépend sans nul doute de la dilatation du cœur droit, étant une conséquence de l'insuffisance de la valvule tricuspide. Parrot (*Arch. génér.*, 1866) admet la dilatation du cœur droit pendant l'anémie. Il appelle cette dilatation du cœur droit passagère, active. En acceptant toutes les données exposées, il est facile d'expliquer certains autres troubles de la circulation à la fin de la grossesse, ainsi l'hydropisie générale sans changement dans l'activité des reins. L'état hydrémique du sang des enceintes et une nutrition insuffisante du muscle cardiaque dans la suite, favorisent beaucoup la dilatation du cœur, dont le travail augmente; mais pour cause principale de dilatation

l'auteur prend le rétrécissement du bout de l'artère pulmonaire à la suite de l'excitation du système sympathique par l'utérus gravide, c'est-à-dire il accepte l'hypothèse de Potain sur la dilatation du cœur droit sous l'influence des affections des viscères.

Voilà le résumé du travail, qui est d'une grande importance pour nous. Bien que ses déductions soient conformes aux données de la pathologie générale, il est vrai théoriques, cependant il est impossible de ne pas les accepter quand il s'agit de l'état du cœur chez les enceintes. Quant à moi, partant de cette position, que pendant la grossesse le sang varie qualitativement (Plethora serosum, parfois hydræmia), la masse commune du sang augmente, l'activité du cœur s'élève dans les mauvaises conditions nutritives, j'arrive à la conclusion que le cœur normal et sain s'hypertrophie en partie pendant la grossesse et sa moitié droite se dilate aussi en partie; tout cela, plus son déplacement par le diaphragme soulevé, affaiblit le son cardiaque pendant la grossesse.

La question sur ce qui arrive avec le cœur sain pendant la grossesse résolue, il n'est pas difficile de passer à la résolution de notre question principale, notamment, qu'est-ce qui arrive au cœur malade dans les mêmes conditions ? Le mal causé par les vices du cœur dans le temps ordinaire est bien clair : en cas d'insuffisance des valvules une partie de sang rejeté revient ou bien il y a trop peu de sang renvoyé par le cœur (en cas de rétrécissements des orifices du cœur).

Il est vrai que ces vices du cœur peuvent être compensés jusqu'à un certain degré par l'hypertrophie du muscle cardiaque. Cette hypertrophie suffit avec les sténoses où il ne faut qu'augmenter la force impulsive du cœur pour régulariser la circulation. En cas d'insuffisance des valvules l'hypertrophie seule ne suffit pas, un agrandissement de la cavité du cœur située derrière la valvule affectée et une dilatation du cœur sont nécessaires. Cette compensation, cet équilibre parfait de l'activité du cœur relativement à la recette et à la dépense dépend de la force musculaire et ne peut exister qu'un certain temps, car chaque muscle travaillant beaucoup se fatigue à la fin des fins,

dégénère. A part cela, cette dégénérescence est favorisée par la circonstance que le trouble dans les valvules et les orifices une fois commencé va ordinairement en progressant, exigeant pour être compensé un travail de plus en plus grand, de sorte qu'à la fin, le muscle cardiaque se trouve hors d'état de faire équilibre au dommage augmentant, bien que sa dégénérescence ne soit pas encore arrivée. Il faut en même temps prendre en considération le fait que les sujets atteints de maladies du cœur ont ordinairement une hyperhémie, les qualités nutritives de leur sang sont diminuées, ce qui amène par soi-même les procès dégénératifs dans les tissus.

Le désordre de la circulation dans les maladies des valvules consiste en ce que, dans le système vasculaire, on constate devant les valvules malades un appauvrissement du sang, et derrière, un trop-plein. Donc, dans les vices du cœur gauche toute la grande circulation se trouve comme soudée, tandis que dans la petite circulation, grâce au ralentissement du mouvement dans les veines pulmonaires, tous les vaisseaux sont dilatés par le sang. Une distribution irrégulière du sang entre les deux circulations apparaît comme première conséquence de l'affection des valvules de la partie gauche du cœur.

De là on comprend que la pression du sang dans les vaisseaux, surtout dans les capillaires du corps, et la vitesse de la circulation seront changées. La pression du sang dans les capillaires de la petite circulation doit être au-dessus de la normale, étant donné d'un côté le ventricule droit qui chasse trop fort le sang (ce qui se manifeste dans le renforcement du second bruit de l'artère pulmonaire), d'un autre, la pression absolument augmentée dans les veines pulmonaires (ou à la suite des courants de retour de l'oreillette gauche, ou bien à la suite de ce que ce dernier est incomplètement vidé); si la pression à l'entrée et à la sortie de la petite circulation est au-dessus de la normale, elle doit être inévitablement élevée dans les capillaires comme étant un lien moyen entre les veines et les artères. Quant aux capillaires de la grande circulation, leur pression en présence des valvules malades du cœur gauche doit être abaissée, car bien

que la pression dans les grandes veines de la grande circulation reste la même, la pression dans l'aorte par contre est au-dessous de la normale, grâce à ce qu'elle est insuffisamment remplie. Il peut arriver que malgré la petite quantité du sang arrivée dans le système de l'aorte du côté gauche malade du cœur, la pression dans les gros vaisseaux artériels reste normale, vu que les vaisseaux peuvent se conformer à la masse du sang qui les remplit. Mais dans ces cas la pression dans les capillaires doit être au-dessous de la normale, car le sang, arrivé par les gros vaisseaux rétrécis, perd davantage de sa force de pression que dans les conditions habituelles.

Quant à la vitesse de la circulation sanguine, il est clair de ce qui est dit que la quantité du sang charriée dans les capillaires de tout le corps dans une unité de temps est plus petite que la normale, en même temps la vitesse de la circulation est aussi diminuée dans tous les capillaires, mais surtout dans ceux de la petite circulation, car ici, en présence des maladies du cœur, les diamètres sont agrandis, en vertu de la pression élevée, et les capillaires de la grande circulation sont rétrécis en vertu de la pression diminuée, bien que les uns et les autres laissent passer dans une unité de temps la même quantité de sang. Tout cela est démontré par des expériences (de Marey, Cohnheim, Otschanowski et d'autres). Une fois que la quantité du sang qui passe par les capillaires dans une unité de temps est plus petite qu'il ne le faut, la nutrition du corps diminue, se trouble, et cela se manifeste tout d'abord dans les organes qui travaillent plus, comme le cœur. A la suite de quoi se produit absolument un désordre dans la compensation de l'activité du cœur, et c'est clair qu'il va apparaître d'autant plus vite que la nutrition et la composition qualitative du sang sont pires et que le travail exigé du cœur dans d'autres conditions est plus grand.

Ayant tout cela en vue, il est facile de comprendre ce qui va arriver au cœur pendant la grossesse, s'agit-il d'une insuffisance ou d'une sténose des valvules et de ses orifices. Il va sans dire que si l'organisme est bien portant, la compensation satisfaisante, alors toute la première moitié de la grossesse n'aura

aucune influence sur l'activité du cœur et sa nutrition, vu qu'à cette époque il n'est pas exposé à un travail renforcé ; aussi la nutrition reste dans les mêmes conditions qu'avant la grossesse (certainement dans les cas réguliers). Mais au commencement de la seconde moitié de la grossesse, en vertu de la circulation utéro-placentaire qui s'ajoute, la pression dans le système de l'aorte monte, à la suite de quoi l'activité du cœur droit doit être renforcée pour pouvoir accomplir le travail nécessaire.

Or, comme le travail renforcé n'est pas exigé d'un coup, mais graduellement, il arrive qu'un cœur plus ou moins sain se tire facilement d'affaire, s'hypertrophiant légèrement à la suite du travail augmenté. Ensuite, étant donné qu'à la fin de la grossesse la composition qualitative du sang varie (il devient hydrémique), le cœur, sous l'influence d'une nutrition affaiblie et d'un travail renforcé, doit absolument se fatiguer, et on voit apparaître comme conséquence : d'un côté, les processus atrophiques dans les muscles cardiaques, d'un autre la dilatation des cavités du cœur. Tout cela se manifeste dans les derniers mois de la grossesse par les conditions modifiées de la circulation dans les régions différentes de l'organisme (œdèmes, palpitations du cœur, vertiges). Nous avons à part cela le soulèvement du diaphragme, le déplacement du cœur, l'insuffisance relative de l'oxydation du sang. (Le manque d'oxygène dans le sang, malgré que la capacité vitale des poumons reste la même, vient de l'hydrémie du sang.) Tout cela, pris ensemble, trouble encore plus la nutrition et amène un désordre dans sa compensation.

Il est clair de ce qui précède, que c'est seulement chez les sujets jeunes, parfaitement sains, bien nourris et en possession d'un cœur bien portant, entièrement compensé, que la grossesse n'aura aucune influence nuisible sur les vices du cœur. Or, comme, en vertu des modifications propres à la grossesse même, une telle santé n'est pas possible, il va sans dire qu'en présence des vices du cœur dans la seconde moitié de la grossesse, l'activité du cœur doit se troubler plus ou moins, amenant une série de symptômes plus ou moins dangereux, menaçant

existence de la malade. Plus la femme enceinte, atteinte de ice du cœur, est faible, plus la maladie est avancée, plus le rouble de la compensation du cœur sera dangereux. De là lus des indications quelconques sur le commencement du désor-re dans la compensation du cœur apparaîtront vite pendant a grossesse, plus le tableau dans l'avenir ira de mal en pis vers a fin de la grossesse. Il ne peut pas être question d'une amé-ioration véritable et durable pendant la grossesse, tant que les causes qui ont amené le désordre ne sont pas éloignées. Il est rai qu'à l'aide d'un régime diététique, de certains médica-nents, on peut maintenir longtemps le cœur in statu quo, mais ce n'est pas une raison pour exclure la possibilité d'une aggra-ation rapide avec des conséquences funestes à la suite de quel-ques causes accidentelles. De même, bien qu'au dernier mois de a grossesse il survient une amélioration des phénomènes géné-raux du côté de l'asthme, des palpitations du cœur, des œdè-mes et d'autres, à la suite d'abaissement du fond de la matrice et du diaphragme, cette amélioration n'est qu'apparente, car le cœur continue de travailler beaucoup, comme auparavant, se fatigue et peut par conséquent refuser de travailler à la première demande exagérée et même s'arrêter complètement.

Il suit de ce qui précède que les vices des valvules aorti-ques et veineuses sont loin d'avoir la même signification pen-dant la grossesse. Étant donné que la pression intravasculaire du sang dans la grande circulation s'élève pendant la gros-sesse, que le cœur gauche doit travailler très fort à la suite de la circulation utéro-placentaire qui s'ajoute, les vices des val-vules aortiques seront d'une grande importance durant la grossesse.

Comme conséquence de l'affaiblissement du cœur et de l'in-suffisance de sa nutrition, survient sa fatigue et le trouble dans la compensation, à la suite de quoi viennent : les œdèmes, l'asthme, les palpitations, l'arythmie, l'albuminurie ; quand la maladie est avancée, la grossesse ne peut aller jusqu'au bout sur ce terrain et une interruption spontanée arrive le sixième, septième ou hui-tième mois. Cette interruption spontanée indique déjà un désordre

complet de l'activité cardiaque et de la nutrition de l'organisme en général. Bien que l'interruption de la grossesse allège l'activité du cœur, ce dernier pourtant est souvent hors d'état de fonctionner et les malades succombent à la suite d'une paralysie du cœur. Une pareille fin peut arriver pendant la grossesse même, si des circonstances quelconques conduisent le cœur à la paralysie complète.

Si nous avons affaire aux vices veineux du cœur (de la valvule mitrale), ici la grossesse n'influencera pas particulièrement l'activité du cœur, vu que la moitié droite du cœur travaille d'une manière satisfaisante et que l'augmentation de la pression aortique et du travail du ventricule gauche touche les parties saines du cœur. Tout cela est certainement juste pour une femme au cœur compensé. mais dans ce cas tous les moments qui gênent la petite circulation sont dangereux. Dans la seconde moitié de la grossesse, en vertu du soulèvement du diaphragme et de la nutrition empirée, le sang dans le petit cercle circule plus difficilement, de là résulte un désordre dans l'activité du cœur. Comme circonstance du plus grand danger dans ces cas doit être considérée la seconde période des couches, la période des douleurs de l'enfantement, quand la pression du sang devient très grande dans la petite circulation : c'est alors qu'en présence d'une faible activité du cœur et de sa mauvaise nutrition et de celle des capillaires de la petite circulation, qu'apparaissent d'un côté les phénomènes d'affaiblissement de l'activité cardiaque, d'un autre des phénomènes d'œdème des poumons progressant rapidement ; l'un et l'autre peuvent conduire vite la malade à la mort. Les couches une fois terminées, le sang de la petite circulation circule avec plus de facilité, se régularise par conséquent ; si les couches se sont heureusement écoulées, il n'y a plus de danger à craindre dans l'avenir pour la malade en question.

Voici les considérations théoriques concernant l'influence des vices du cœur sur la grossesse et de cette dernière sur les premiers. Si l'on y ajoute que les vices des valvules reviennent facilement pendant la grossesse, les affections s'accentuent,

s'accélèrent, vous comprendrez aisément le fait suivant : les maladies du cœur en présence de la grossesse et cette dernière pendant les premières, présentent un état pathologique fort grave, capable d'amener à sa suite la mort dans la seconde moitié de la grossesse, ou pendant les couches et les premiers jours de la période successive aux couches.

A présent je tâcherai de confirmer ce qui est cité par des observations faites principalement à la Maternité de Zichatschoff durant les dix dernières années et par quelques cas de ma pratique privée. Je serai bref dans l'exposé historique de mes cas.

Obs. 1. — A la section d'accouchements de Zichatschoff fut reçue A. I..., âgée de 23 ans, paysanne mariée, enceinte pour la seconde fois. Bien portante dans son enfance, réglée depuis l'âge de 15 ans. Depuis sa première grosssesse elle fut prise de palpitations et parfois d'asthme ; on constate l'insuffisance de la valvule mitrale. La première grossesse ne fut pas complètement régulière, car, deux mois avant les couches, la malade commença à souffrir d'œdème des pieds, d'asthme, de palpitations et de temps en temps de nausées ; les couches et la période successive aux couches s'écoulèrent normalement. Au début de la deuxième grossesse qui est en question, elle se sentait assez bien, mais le quatrième mois elle s'aperçut d'un œdème du visage et plus tard d'œdème des pieds. Un état fébrile vint s'y ajouter, ainsi qu'un mal de tête, une palpitation et ensuite un asthme et une toux. Tout ce temps elle se fit soigner par des thérapeutes sans voir venir une amélioration quelconque.

Examen. — Taille moyenne, complexion et nutrition délicates. Le visage, surtout les paupières, fortement œdématiés, la malade est alitée et se plaint d'un mal de tête affreux. Les poumons sont normaux. La limite gauche du cœur dépasse la ligne mammaire, le choc du cœur est perceptible dans le cinquième espace intercostal ; il y a un bruit systolique sec au premier ton, plus distinct à l'endroit du choc du cœur ; accent du second ton de l'artère pulmonaire. Ascite. Le fond de l'utérus descend un peu au-dessous de l'ombilic, conformément au terme, quatre mois et demi de la grossesse. Les parties génitales externes fortement œdématiées. L'urine, en petite quantité, renferme de l'albumine.

Diagnostic. — Grossesse à quatre mois et demi, insuffisance de la valve mitrale au stade du désordre de la compensation de l'activité cardiaque. Vu que la malade s'est soignée auparavant sans succès et que la maladie allait de mal en pis, j'ai pratiqué immédiatement une interruption de la grossesse, d'après la méthode de Krause, en recommandant en même temps un traitement et une diète correspondante. Après l'avortement, qui a eu lieu deux jours plus tard, il s'ensuivit une amélioration, bien que lente, mais absolue, de sorte que deux semaines après la malade put quitter la Maternité.

Obs. 2. — Femme de campagne, âgée de 24 ans, troisième grossesse, robuste, bien portante. Deux ans de là, elle fut prise d'un rhumatisme articulaire aigu, compliqué par un vice du cœur (insuffisance de la valve mitrale). Guérie du rhumatisme, elle est devenue enceinte et se sentait fort bien toute la première moitié de la grossesse; dès le cinquième mois il se montra une fatigue légère, une palpitation, un asthme insignifiant, et le septième mois des œdèmes des pieds pas très forts cependant. La grossessé finit normalement.

Examen au début de la grossesse. — L'affaiblissement du son murmurant du cœur, accent du second ton de l'artère pulmonaire, bruit systolique du sommet. Poumons normaux, point d'arythmie. Couches rapides et régulières, sans complications quelconques. Puerperium normal.

Obs. 3. — 32 ans, enceinte pour la cinquième fois, robuste, forte, mais souffrant de cyanose. Elle a eu un rhumatisme et, depuis lors, elle a parfois des palpitations et un asthme. La grossese s'écoula normalement, quoique dans la seconde moitié il se produisit un œdème aux pieds, un asthme, une palpitation. Couches à terme. Dans la seconde période des couches, pendant les douleurs de l'enfantement, la malade est devenue toute blême, un râle se fit entendre dans les poumons, la malade suffoquait.

On trouva à l'examen les poumons œdématiés et un vice du cœur parfaitement exprimé, insuffisance de la valvule mitrale dans un faible degré de compensation du cœur. On donna des remèdes excitants sous-cutanés et des médicaments cardiaques à l'intérieur, les couches furent terminées par l'extraction du fruit d'après Kristeller. Amélioration de l'état général de la malade après les couches, mais il y a eu une arythmie fort considérable, pas moyen de compter les pulsations du cœur. Répétition des remèdes excitants et cardiaques. Amélioration évidente dans deux heures, ensuite survint la guérison.

Obs. 4. — 36 ans, quatrième grossesse, insuffisance de la valve mitrale. Couches à terme ; grossesse normale. Dans la seconde période des couches un œdème des poumons s'est déclaré rapidement en présence des symptômes de paralysie en train de se développer. La malade accoucha chez elle. Je l'ai trouvée presque mourante avec les symptômes d'une cyanose extrême, d'un œdème complet des poumons, d'une grande arythmie empêchant de compter les pulsations. Excitants sous-cutanés. Terminaison rapide des couches à l'aide des forceps. Amélioration et guérison complète après les couches.

Obs. 5. — La même pendant sa cinquième grossesse, à l'âge de 38 ans. Asthme considérable et palpitations le dernier temps de la grossesse. Couches à terme. Complication pendant les couches. Placenta prævia marginata. Au commencement des couches : palpitation irrégulière, arythmie, désordre complet de l'activité cardiaque. Couches à la Maternité. On donna immédiatement des médicaments cardiaques et des excitants. Vu que la matrice était complètement ouverte, on tira l'enfant avec les forceps avant les douleurs de l'enfantement. Tout s'écoula heureusement.

Obs. 6. — La même, enceinte pour la sixième fois. Couches à terme à la Maternité. Asthme et palpitations durant toute la seconde moitié de la grossesse. Au début des couches, symptômes d'arythmie. On prescrit des remèdes cardiaques et des excitants. Les couches furent terminées par l'éloignement du fruit d'après Kristeller, sans douleurs. Tout finit heureusement.

Obs. 7. — 24 ans, primipare. Insuffisance de la valve mitrale et nephritis acuta à la fin de la grossesse. La grossesse arriva au terme, mais il y avait pendant les couches des accès considérables de la part du cœur sous la forme d'arythmie, des douleurs dans la région du cœur, des palpitations, et du côté de l'état général de la santé : asthme, cyanose, vertige, nausée, phénomène d'œdème des poumons en train de se déclarer. Excitants et remèdes cardiaques. Couches terminées à l'aide des forceps. La malade guérit.

Obs. 8. — 47 ans, enceinte pour la treizième fois. Couches à la Maternité. Bien portante jusqu'à la dernière grossesse. Couches précédentes normales. Dès le cinquième mois de la grossesse actuelle la malade fut prise d'un œdème, ensuite apparurent des palpitations et un asthme. Couches antérieures au terme, commencèrent le huitième mois par une hémorrhagie. De la part du cœur, stenosis ostii aortæ. Le pouls, de 100 pulsations, est faible, mais régulier. Les couches furent terminées

par une version par le pied sans chloroforme. Le pouls devint plus faible après les couches, mais régulier. Des excitants et des remèdes cardiaques et toniques furent ordonnés. Une heure après les couches, des phénomènes d'un affaiblissement complet dans l'activité du cœur : cyanose, angoisse auriculaire, pouls filiforme, irrégulièrement arythmique. Malgré toutes ces mesures, la malade succomba avec des symptômes d'œdème des poumons et de la paralysie cardiaque.

Obs. 9. — 28 ans, femme de soldat, deuxième grossesse. Amenée à la Maternité dans un état fort faible : très pâle, enflée, cyanotique, les pieds, les parties génitales externes, le ventre et en partie les mains et le visage fortement œdématiés. Les pulsations difficiles à compter : le pouls de 180 par minute est très arythmique, une dyspnée considérable jusqu'à 50 respirations par minute ; temp. 36°,5. La malade est très agitée et ne peut pas rester couchée. Couches précédentes régulières ; il y a eu à la fin de la grossesse un œdème aux pieds, pas très fort pourtant, elle n'a eu jamais ni asthme ni palpitations. Trois ans auparavant, la malade a souffert de rhumatisme articulaire, s'est remise et accoucha plus tard heureusement. La grossesse actuelle est de sept mois. Elle se sentait bien la première moitié de la grossesse, ensuite apparurent une fatigue, un asthme et une forte palpitation s'accélérant à chaque mouvement. Elle s'est soignée à cette époque, mais sans succès ; je lui ai conseillé alors de pratiquer immédiatement un avortement, car elle avait déjà une arythmie considérable, un bruit systolique très intense, remplaçant le premier ton du cœur ; les limites cardiaques agrandies, le choc du cœur déplacé ; accent du second ton de l'artère pulmonaire. Depuis lors, dans l'espace de 15 jours, la maladie prit son développement et présentait le tableau que j'ai décrit au commencement. Les tons du cœur à l'auscultation sont couverts à l'heure qu'il est par les bruits ; arythmie intense. Commencement des couches. Remèdes excitants et cardiaques. Les couches se terminèrent d'elles-mêmes. Point d'amélioration après les couches. L'enfant était mort. Un jour après, la malade succomba en présence des symptômes d'œdème des poumons et de paralysie du cœur.

Autopsie. — Hydropericardium à un degré considérable. Ecchymoses subpéricardiques du cœur. Toutes les cavités du cœur étaient remplies d'un sang brun liquide, mêlé avec une grande quantité de caillots fibreux. Dilatatio ventriculorum cordis ; degeneratio adiposa cordis insignifiante ; endocarditis fibrosa chronica d'une des valves de la v. bicuspide. Hydrothorax bilateralis, œdema pulmonum. Un foie mus-

cade et une dégénérescence graisseuse de l'épithélium des tubulæ contorti.

Obs. 10. — 25 ans, troisième couche. Insuffisance de la valvule mitrale à la suite du rhumatisme, qui a eu lieu deux ans auparavant. Couches à terme. Grossesse régulière, quoiqu'elle a eu dans sa seconde moitié des œdèmes des pieds et des parties génitales, un asthme et une palpitation. La première période des couches fut normale, mais avec les douleurs de l'enfantement il s'est développé brusquement une paralysie du cœur. On parvint à améliorer l'état à l'aide des excitants et des remèdes cardiaques et en terminant les couches avec les forceps. La malade guérit.

Obs. 11. — 33 ans, enceinte pour la septième fois. Venter pendulus, hydramnion, cystoma ovarii dextri, grand comme un œuf d'oie. Insuf. v. mitralis. La malade entra quelques jours avant les couches à la section d'accouchements à la suite d'asthme et de palpitation. Le vice du cœur date depuis cinq ans, après un rhumatisme articulaire; il y a eu en sa présence deux grossesses, dont la première s'écoula régulièrement, et les couches furent régulières; pendant la seconde, depuis sa deuxième moitié, apparurent un asthme et une palpitation, il y avait des syncopes pendant les couches; c'est à peine qu'on put sauver la malade. Depuis la seconde moitié de la grossesse actuelle, il y a eu aussi un asthme et des palpitations; un œdème insignifiant des pieds. On trouva à l'examen : agrandissement de la matité cardiaque; pouls fréquent jusqu'à 100 pulsations par minute, un peu arythmique, point de cyanose. On prescrit à la malade de la *caféine*, la diète lactée et des bains tièdes. Les couches eurent lieu quelques jours plus tard. Dès leur commencement, on fit sortir les eaux pour diminuer la pression intra-abdominale et pour améliorer, faciliter l'activité du cœur; la malade s'en aperçut elle-même; « c'est plus facile à respirer ». Ensuite avant les douleurs de l'enfantement, on donna de la teinture de digitale, gouttes X, et on fit l'extraction du fruit d'après Kristeller, en présence de la matrice parfaitement ouverte. Il n'y eut point d'empirement dans l'activité du cœur, et la malade guérit. L'arythmie disparut deux jours après les couches.

Obs. 12. — 24 ans, troisième couche. Elle entra à la Maternité au commencement des couches. Arythmie, pouls fréquent, difficile à compter, asthme, œdème, cyanose.

Examen. — Couches à terme, ventre pas très grand, limites cardiaques agrandies, bruit systolique, couvrant tout à fait le premier ton

cardiaque ; accent du second ton de l'artère pulmonaire, phénomènes insignifiants d'une bronchite muqueuse, cyanose. Diagnostic : insuffisance de la valvule mitrale dans la période du désordre de la compensation. La maladie du cœur apparut un an après le rhumatisme articulaire. Œdème et palpitation depuis la seconde moitié de la grossesse ; pendant les couches, la chose allait de mal en pis, et dès l'arrivée à la Maternité il y a eu des syncopes, un vertige, impossible à compter le pouls, une arythmie intense. Thérapeutique : rupture du sac amniotique, caféine, teinture de musc sous-cutanée, le vin à l'intérieur. Une amélioration s'ensuivit. Étant donnée l'ouverture complète de la matrice, on pratiqua l'extraction du fruit d'après Kristeller. Il n'y eut point d'abaissement de l'activité du cœur et la malade guérit.

Obs. 13. — 35 ans, huitième couche. Se présenta à la Maternité au commencement du huitième mois de la grossesse à la suite des œdèmes intenses, de l'asthme, des palpitations et d'une toux.

Examen. — Grossesse de 7 mois, le ventre n'est pas grand. La matité du cœur est augmentée, le pouls est fréquent, plus de 100 pulsations, arythmiques ; un bruit systolique considérable couvrant le premier ton du cœur ; accent du second ton de l'artère pulmonaire. Un catarrhe diffus des poumons, cyanose intense, œdèmes considérables de tout le corps ; un peu d'albumine dans l'urine. En vue de la position pénible de la malade et des désordres évidents de la compensation du cœur, on pratiqua les couches artificielles, antérieures au terme, d'après la méthode de Krause, et pendant les couches mêmes on fit l'extraction du fruit d'après Kristeller. A part cela un traitement correspondant. Cela n'allait pas de mal en pis, la malade se remit. L'arythmie cessa le quatrième jour après les couches.

Obs. 14. — 38 ans, neuvième couche. Œdème, asthme, cyanose, bronchite muqueuse. Insuffisance de la valvule mitrale avec le désordre de la compensation : une arythmie insignifiante, pouls fréquent. Entra à la Maternité au commencement des couches, survenues quinze jours avant le terme. Thérapeutique correspondante. A part cela, étant donnée une ouverture de la matrice large de deux doigts, on fit la rupture de l'amnios et au début des douleurs de l'enfantement; en vue d'une aggravation considérable de cyanose et d'une bronchite, on pratiqua l'extraction du fruit d'après Kristeller. Il n'y avait pas d'empirement, la malade guérit.

Obs. 15. — 22 ans, primipare. Une maladie de cœur depuis six ans à la suite d'un rhumatisme articulaire ; la malade est maigre. Il y

avait pendant la grossesse des palpitations et parfois un asthme. Insuffisance de la valvule mitrale. Couches à la maison, un mois avant le terme. Avec les premières douleurs de l'enfantement, l'asthme et la palpitation augmentèrent, la malade se plaignit de douleur à la poitrine, une cyanose s'y ajouta bientôt, une inquiétude, une angoisse, le pouls devint fréquent, irrégulier. On est venu me chercher. Pendant ce temps, pas plus de quinze minutes, il se produit un œdème des poumons. J'ai trouvé la malade en agonie et je ne pus rien faire pour la sauver ; terminaison des couches à l'aide des forceps après sa mort.

Obs. 16. — 27 ans, quatrième grossesse. Malade depuis longtemps de sténose des valvules aortiques. La première grossesse s'écoule normalement ; il n'y a qu'à sa fin que la malade eut une palpitation qui l'inquiétait parfois. Les couches s'écoulèrent d'une manière régulière, mais les premiers deux jours après les couches, la malade se plaignait tout le temps d'une palpitation et d'un serrement dans la poitrine. La grossesse actuelle fut régulière, à sa fin apparurent des œdèmes insignifiants des pieds et une palpitation ; le pouls fréquent, fortement dicrotique, s'arrêtant parfois. Couches à terme parfaitement régulières. Dix minutes après les couches, syncopes, vertige, cyanose légère ; pouls 140, irrégulier, difficile à compter ; douleur dans la région du cœur. Remèdes cardiaques. Caféine principalement et excitants. Amélioration deux heures après les couches, rétablissement de l'activité normale du cœur seulement au bout de deux jours.

Obs. 17. — La même, cinquième grossesse. Grossesse normale, mais à sa fin il y a eu une palpitation, douleur dans la région du cœur, une angoisse. Pouls fréquent, un peu arythmique, œdèmes insignifiants. On ordonna : *Coffeia* et *Convallara majalis*, diète lactée. Amélioration. Couches à terme. Pendant les couches quelques doses de caféine et une dose de teinture. Digitale, 15 gouttes. Après les couches une défaillance légère, palpitation irrégulière, arythmie considérable. Tous les phénomènes se calmèrent 12 heures après les couches, et le pouls régulier se rétablit trois jours après l'enfantement.

Obs. 18. — 21 ans, primipare. Insuf. v. mitralis. Palpitations continuelles, anémie, mais la malade s'est habituée à ces événements. La première moitié de la grossesse fut normale. Dès la seconde moitié une palpitation accélérée, mais insignifiante. Couches un mois avant le terme sans cause évidente. Nuls symptômes du côté du cœur.

- Voici toutes mes observations. Faisons la dernière analyse de ces faits. Nous avons 15 cas sur 13 femmes, dont 3 sont primipares, 15 cas de maladie de la valvule mitrale. La grossesse atteint la fin normale dans 10 cas, dans 3 elle s'interrompit d'elle-même avant le terme et 2 fois on dut pratiquer une interruption artificielle. La marche de la grossesse ne fut plus ou moins régulière qu'en deux cas ; dans les autres, la seconde moitié fut accompagnée d'œdème, de palpitation, d'asthme. Plus la malade était jeune, l'insuf. v. mitralis était récente, d'autant la grossesse s'écoulait plus normalement.

Dans les cas graves, c'est déjà depuis le sixième mois qu'apparaissaient les symptômes du désordre de la compensation du cœur. Presque dans tous les cas le plus grand danger se présentait pendant les couches, notamment durant la seconde période, dans les douleurs de l'enfantement. C'est alors que se déclarait quelquefois d'une manière spontanée et inattendue un œdème des poumons se propageant rapidement et une paralysie du cœnr. Mais, malgré le caractère menaçant des symptômes en train de se développer, un secours porté à temps était toujours d'une grande utilité. Dans nos cas une seule malade a succombé pendant les couches, peut-être parce qu'elle ne fut pas secourue à temps. Quant au second cas mortel, il fut causé par un désordre complet dans la compensation du cœur encore durant la grossesse ; le sixième mois déjà on a pu constater une impuissance complète du cœur, ce qui amena les couches antérieures au terme et la malade mourut à la suite d'une paralysie cardiaque bientôt après. A l'autopsie, on put voir non seulement une affection de la v. mitrale, mais encore une dégénérescence graisseuse du cœur avec dilatation de ses ventricules. J'ai fait une interruption artificielle des couches dans deux cas fort graves du désordre de l'activité du cœur, et tous deux arrivèrent à bonne fin. On a eu dans les deux un désordre complet de l'activité du cœur, des œdèmes considérables, une cyanose, une arythmie, une bronchite.

Ensuite en examinant nos cas, nous arrivons à la conclusion que les cas où à la fin de la grossesse on intervenait avec un

traitement correspondant, s'écoulaient d'une manière plus régulière, les couches furent accompagnées de désordres moins graves que dans les cas où il n'y avait point de cure. Ce qu'on voit bien du cas où la même malade fut confiée à nos soins pendant 3 couches et 2 grossesses. La première grossesse s'est écoulée sans surveillance, c'est pourquoi on a eu beaucoup de peine pour arracher la malade à la mort pendant les couches.

Dans les couches successives, elle est venue demander d'avance du secours et les couches ne furent accompagnées que d'un désordre insignifiant de l'activité du cœur. On peut voir la même chose dans d'autres cas.

Il faut noter encore le fait que les symptômes principaux, menaçant l'existence de la malade, se manifestaient en présence des vices du cœur (v. mitralis) pendant les couches, principalement dans leur seconde période.

Cela devait être ainsi que je l'ai indiqué plus haut. Ayant cela en vue, j'ai tâché toujours de mener les couches de manière à éviter les douleurs de l'enfantement.

Je m'arrangeais de la sorte : quand l'ouverture du col de l'utérus était complète j'éloignais le fruit d'après la méthode de Kristeller, ou bien si c'était impossible, je me servais du forceps ; de cette manière, je faisais ménager à la malade les forces de la pression abdominale, dont le fonctionnement est accompagné d'un arrêt de respiration et d'une augmentation de pression dans la petite circulation.

Les cas cités confirment l'avantage de ces mesures, étant donné que, dans tous ces cas, l'intervention de l'accoucheur empêchait le développement d'un désordre complet de l'activité cardiaque, comme nous avons pu le voir dans d'autres cas. Enfin dans les cas où les symptômes funestes se manifestaient du côté du cœur pendant la grossesse je pratiquais une interruption immédiate de la grossesse en ordonnant un traitement correspondant, et comme on le voit les résultats étaient bons ; si la matrice trop grande avant les couches gênait la respiration et rendait l'activité du cœur difficile,

je pratiquais au commencement des couches une ponction du sac amniotique pour diminuer l'utérus et faciliter de la sorte la circulation.

L'issue du liquide amniotique amenait dans beaucoup de cas une amélioration visible ; les malades disaient qu'elles avaient plus de facilité à respirer.

Dans le cas où le trouble de l'activité cardiaque arriva à son maximum pendant la grossesse, la thérapeutique resta impuissante ; la malade a succombé bientôt après les couches, antérieures au terme.

J'ai eu trois cas de vice de la valvule aortique pendant la grossesse chez deux malades. Les deux étaient multipares. Dans deux cas il y a eu des couches à terme et, une fois, elles furent spontanées et antérieures au terme. Comme on devait s'y attendre en présence du vice de cette valvule, les phénomènes dangereux arrivaient ou pendant la seconde moitié de la grossesse, ou bien, et c'est le principal, immédiatement après la fin des couches. Dans un seul cas, un trouble complet de la compensation du cœur avec toutes ses conséquences nuisibles se déclara pendant la grossesse ; une interruption spontanée de la grossesse survint le huitième mois. Les couches sans complications du côté du cœur furent terminées par la version du fruit. Une aggravation de la part du cœur se produisit immédiatement après les couches qui amena la mort de la malade à la suite d'une paralysie du cœur. Dans deux autres cas, chez une même malade, les phénomènes du côté du cœur furent différents suivant qu'il y eut traitement quelconque avant les couches ou non. Dans le premier cas, il n'y avait que des désordres légers dans l'activité du cœur immédiatement après les couches, qui étaient d'une courte durée, tandis que chez la même malade, sans une cure préalable, les couches amenèrent des troubles fort graves du côté du cœur après l'enfantement dans l'espace d'une journée,

L'acte d'enfantement lui-même s'écoulait normalement.

M'appuyant sur mes propres observations, j'ai le droit de dire que les vices du cœur de la valvule mitrale, ainsi que de celle de l'aorte présentent toujours une complication grave de la gros-

sesse. Ces malades-là doivent être surveillées par le médecin à partir de la seconde période de la grossesse. Avec cela, si le cœur est parfaitement compensé, la femme jeune et bien portante,il n'y aura des conséquences bien fâcheuses pour la malade ni pendant la grossesse, ni pendant les couches, ni après. Or, si le cœur n'est pas tout à fait sain, la grossesse trouble fortement son activité et peut conduire à un désordre complet de la compensation bien avant la fin normale de la grossesse, en provoquant son interruption spontanée. Ces cas-là ont pour la plupart une issue mortelle, car bien qu'avec la fin de la grossesse l'activité du cœur se trouve considérablement soulagée, le cœur lui-même a subi des changements de dégénérescence. Il va sans dire qu'on ne peut sauver ces malades que par l'éloignement préalable de la grossesse par une interruption artificielle. Donc, dans les cas graves de complication de la grossesse par les maladies du cœur, en présence des phénomènes d'un trouble de sa compensation en train de se développer, il est nécessaire de l'interrompre d'une manière artificielle. En procédant ainsi nous ne transigeons pas avec notre conscience, vu que la grossesse en présence de l'aggravation de la maladie aurait cessé dans la suite d'elle-même; le fruit accouché, même doué de vitalité, ne pourrait pas exister longtemps à cause de sa faible conformation et nutrition. Quant à la mère, la fin hâtive de la grossesse lui apporte la vie et la santé, son retard la mort inévitable.

Me prononçant pour la nécessité d'interrompre la grossesse en présence de vice du cœur, je trouve cependant que cette interruption est indispensable seulement dans les cas du désordre de compensation du cœur accompagné des phénomènes qui s'ensuivent. Autrement une thérapeutique correspondante dans la seconde moitié de la grossesse et surtout une direction habile des couches et de la période qui leur succède, donnent des résultats parfaitement satisfaisants pour la mère ainsi que pour le fruit. En effet, si au début des désordres du côté de l'activité du cœur pendant la grossesse on ordonne un traitement diététique correspondant (diète lactée, repos avant et après les

couches) et des remèdes tonico-cardiaques, l'activité du cœur ne va plus de mal en pis, la grossesse arrive à sa fin normale. La surveillance ne doit pas s'arrêter là, étant donné que le plus grand danger en présence du vice de la valvule mitrale, arrive pendant les couches, et en présence du vice de la valvule aortique immédiatement après les couches, donc l'enfantement doit s'écouler devant le médecin. Le médecin a bien à faire. Il doit, dans les vices de la valvule mitrale, prévenir le développement de la paralysie du cœur dans la seconde période des couches, à la suite d'une augmentation subite de la pression dans la petite circulation. Dans ce but, à part les remèdes cardiaques administrés prophylactiquement au début des couches, le médecin doit avoir à sa disposition des excitants énergiques, et à part cela, il doit éloigner la possibilité même d'une influence nuisible des couches sur l'activité du cœur. Il doit dans ce but abaisser le plus tôt possible la pression intra-abdominale par la rupture du sac amniotique et l'écoulement du liquide; par cela même, il arrive à une activité plus libre du cœur et évite le développement de la paralysie cardiaque. Ce n'est pas tout, le médecin doit éloigner absolument l'action de la pression abdominale pendant l'enfantement; il doit provoquer l'expulsion du fruit ou par les contractions utérines seules ou bien par les forces artificielles, étrangères à l'accouchée. Or, comme les couches ne peuvent se faire à terme uniquement par la force des contractions utérines dans la seconde moitié de la grossesse, il est clair qu'un secours d'accoucheur est indispensable. Ce dernier pratique, suivant le cas, l'une des opérations d'accoucheur ; il produit l'expulsion du fruit d'après Kristeller chez les multipares, quand le fruit n'est pas grand, ou bien il extrait l'enfant à l'aide des forceps, ou bien encore il fait la version podalique suivie d'extraction. Tous ces moyens sont bons, mais j'étais le plus souvent porté à recourir aux deux premiers et les résultats étaient toujours bons. Les couches, dans les cas de vice de la valvule mitrale, une fois terminées, l'accoucheur peut être tranquille, si le cœur à ce moment travaille d'une manière satsfaisante; si ce dernier a triomphé, la malade est sauvée.

La chose est un peu différente en cas de vice de la valvule aortique. Ici l'acte de l'enfantement ne joue pas un rôle particulier dans l'aggravation de l'activité du cœur, vu que dans ce cas le trouble principal est localisé dans le cœur gauche et dans la grande circulation, et pendant les couches il arrive des changements considérables dans la petite circulation. Néanmoins, les douleurs pendant les couches et en général l'activité élevée du cœur ne sont pas sans influence sur le cœur malade, son activité s'affaiblit un peu sans doute, se trouble. Il faut pourtant faire attention à ces phénomènes, bien qu'ils ne soient pas d'un caractère menaçant, car autrement nous laisserons passer le moment propice au secours et amènerons de la sorte des phénomènes funestes, du désordre dans l'activité du cœur immédiatement après les couches. C'est pourquoi l'administration des remèdes toniques et cardiaques est parfaitement à sa place ici. Il n'y a pas de raisons directes d'intervenir pendant les couches et ce n'est qu'en présence des indications particulières qu'on peut avoir recours à l'opération. Les couches une fois finies, la grande circulation se modifie considérablement, le cœur troublé dans son activité ne peut pas surmonter les changement survenus subitement dans les conditions de la circulation, s'affaiblit, devient arythmique, se paralyse. A ce moment-là, il faut bien surveiller le cœur et tâcher de soulager à temps son activité par des moyens cardiaques et excitants. Ce n'est pas une heure ou deux qu'il faut observer, mais longuement, parfois plusieurs jours, jusqu'à ce que le cœur arrive à travailler parfaitement, régulièrement. Autant que je me rappelle, à part des observations citées, il y en a encore une très démonstrative dans la direction mentionnée. Malheureusement ce cas ne s'est pas trouvé inscrit chez moi, mais je sais au juste que la malade multipare, atteinte de sténose de la valvule aortique, non seulement accoucha heureusement, mais guérit encore du désordre de l'activité cardiaque, présent les premiers deux jours après les couches, ensuite le quatrième jour elle est morte subitement. Il est possible que la mort fut provoquée ici par l'embolie ou par quelque chose autre, mais il

n'y a pas de doute que la mort est en rapport avec la maladie du cœur.

Voici, Messieurs, mon opinion sur les cardiopathies. J'ai voulu non seulement vous démontrer l'importance de cette complication, mais encore vous expliquer la thérapeutique dans ces cas. A part cela, je désirais vous montrer ce qui arrive en général au cœur pendant la grossesse, et j'espère qu'il vous est clair à présent que l'agrandissement de la matité du cœur ne dépend pas autant de l'hypertrophie du cœur que de la dilatation de ses ventricules et de son déplacement par le diaphragme soulevé. J'ai comme preuve un cas de mort suivi d'autopsie. J'ose penser aussi que vous concevez que le cœur de la femme enceinte à la fin de la grossesse et pendant les couches se fatigue, c'est pourquoi le premier temps après les couches il doit travailler un peu autrement, et on s'aperçoit en même temps des suites de la fatigue : un pouls rare et lent, arythmique parfois, et des bruits caractéristiques du cœur. Si un cœur bien portant se fatigue à la suite d'un travail démesuré à la fin de la grossesse et pendant les couches, d'autant plus doit se fatiguer un cœur malade, bien que compensé. De là vient une dernière conclusion : toutes les cardiopathies représentent une complication grave pendant les couches ; non compensés, ils sont très dangereux. Il n'y a qu'un secours habile et immédiat du docteur qui peut sauver la malade d'une mort inévitable.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

De l'hystérectomie abdominale totale et partielle.

M. Félix Terrier. — L'année dernière, j'ai communiqué 14 observations avec 14 succès d'hystérectomie abdominale totale et partielle, non seulement pour l'ablation de fibromes utérins simples ou compliqués d'enclavement, de kystes ovariens, d'hématosalpinx, de pyosalpinx, mais encore pour l'ablation d'épithéliomas utérins et même dans un cas de grossesse extra-utérine.

J'utilisais deux procédés opératoires : l'un consistait à pratiquer

l'hystérectomie totale suivant les indications formulées par Delagenière, l'autre limitait l'hystérectomie à toute la portion sus-vaginale de l'utérus. Cette amputation supra-vaginale a été aussi très préconisée par les chirurgiens américains et leur a donné d'excellents résultats.

Pour l'hystérectomie abdominale totale, ma manière d'opérer est restée à peu près la même que l'an dernier (1) : position de Trendelenburg, traction sur le fibrome, ligature et excision des annexes ; confection d'un lambeau péritonéal antérieur, isolement de la vessie et découverte des utérines, incision transversale postérieure du péritoine ; amputation sus-vaginale de l'utérus ; ouverture des culs-de-sac vaginaux, en commençant par l'antérieur, libération et extirpation du col ; fermeture du vagin *dans tous les cas* pour séparer absolument la cavité vaginale de la cavité péritonéale ; fermeture du ventre avec drainage quand les annexes sont infectées.

Mes observations d'hystérectomie abdominale totale sont aujourd'hui au nombre de 19 : 14 pour fibromes simples ou compliqués, 1 pour grossesse extra-utérine, 4 pour épithéliomas utéro-vaginaux. J'ai eu 3 morts, une de pneumonie, une d'hémorrhagie intra-péritonéale, une de péritonite septique.

Depuis l'an dernier, j'ai fait plus souvent l'amputation supra-vaginale à laquelle j'ai eu recours cette année 21 fois ; ces 21 observations ajoutées aux 6 que j'avais, donnent un total de 27 cas. Je procède ainsi : traction sur le fibrome, ablation des annexes ; confection d'un lambeau péritonéal antérieur et incision transversale du péritoine en arrière ; découverte et ligature des artères utérines ; section de l'utérus au-dessus du col désinfection et cautérisation au thermo-cautère de la cavité du col ; suture de l'utérus ; fermeture du péritoine par-dessus. En fait, je tiens surtout : 1° à isoler absolument la cavité du col utérin de la cavité péritonéale et même du tissu cellulaire pelvien compris entre les deux lames du ligament large ; 2° à fermer complètement par un surjet bien fait toute la cavité péritonéale dont la surface, un peu froncée au niveau de la suture, reste parfaitement lisse et recouverte par la séreuse. Je draine par l'abdomen quand les annexes sont infectées.

J'ai fait 26 amputations supra-vaginales, dont 22 pour fibromes simples ou compliqués, 3 pour salpingite suppurée, 1 pour un cas très

(1) Voy. *Annales de gynécologie,* 1896, t. II, p. 635.

complexe de kystes ovariques récidivés et dans lequel l'hystérectomie fut pratiquée en quelque sorte accessoirement. Cette malade succomba le troisième jour à de l'urémie. Une de mes hystérectomies pour salpingite succomba à la péritonite septique le troisième jour, c'était un cas extrêmement compliqué. Enfin 2 de mes opérées pour fibromes sont mortes, l'une de septicémie, l'autre de pneumonie.

En fait, sur 22 hystérectomies abdominales supra-vaginales que j'ai faites pour les tumeurs fibreuses simples ou compliquées, j'ai eu deux insuccès, soit une mortalité de 9,09 pour 100. Tandis que sur les 14 hystérectomies abdominales totales pour fibromes simples ou compliqués, j'ai eu 3 morts, soit 21,4 pour 100.

Sans attacher trop d'importance à ces chiffres qui portent sur un trop petit nombre d'observations, on y voit une tendance à la conclusion que signalent les chirurgiens américains, c'est-à-dire la bénignité plus grande de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale. C'est pourquoi, tout en utilisant facilement, quand les circonstances l'exigent, l'hystérectomie abdominale totale, je conseille de lui préférer, si possible, l'hystérectomie abdominale supra-vaginale qui me semble plus simple, plus rapide et qui paraît donner d'excellents résultats dans la majorité des cas.

M. Péan (de Paris). — L'utérus et ses annexes sont fréquemment le siège de tumeurs multiples, liquides ou solides, bénignes ou malignes, qui prennent simultanément naissance dans un ou plusieurs de ces organes. Ces tumeurs multiples diffèrent suivant qu'elles siègent dans les deux ovaires, dans les deux trompes, dans les deux ligaments larges, dans l'utérus ou dans plusieurs de ces organes à la fois. En se développant, bon nombre d'entre elles envoient des prolongements importants dans les régions voisines. Les opérations qu'elles exigent varient suivant les organes qu'elles occupent, telles : l'ovariotomie double, la castration tubo-ovarienne, la parovariectomie double, l'hystérotomie, la castration utérine, la castration totale. Ces opérations peuvent être faites par les voies abdominale et abdomino-vaginale, par les voies vaginale et vagino-abdominale, suivant les indications Elles n'ont réussi que grâce aux précautions hygiéniques, à l'outillage et à la technique qui ont été enseignés par les chirurgiens de notre pays. En ce qui concerne les précautions hygiéniques, ce sont eux, en effet, qui ont montré des premiers la valeur de l'isolement, de l'asepsie et de l'antisepsie. En ce qui concerne l'ou-

tillage, il a été également créé dans notre pays (nous citerons spécialement notre lit d'opérations qui a été partout adopté et à peine modifié, notre trocart aspirateur, les rétracteurs métalliques, coudés, à manches, les trois variétés d'aiguilles à manche destinées à conduire les fils à travers les tumeurs afin de les attirer en dehors pour les lier, les ligatures perdues, notre ligateur automatique, nos broches et les mandrins à manche cannelé et à vis, nos aiguilles à tête de verre, nos serre-nœuds à extrémité terminale mobile, nos pinces à mors fenêtrés, dentés ou non et nos pinces hémostatiques de forme, de longueur, de courbure appropriées). La technique est l'œuvre des chirurgiens français qui ont créé l'hémostase, le drainage, le morcellement, les méthodes de suppuration, d'exclusion, les pansements occlusifs.

a) L'hémostase est due à Chassaignac, qui a inventé l'écrasement linéaire et enhardi les opérateurs au point de les conduire à sectionner les organes les plus vasculaires, en particulier l'utérus et ses annexes, et un peu à nous, grâce aux pinces qui portent notre nom et qui ont été universellement adoptées ; *b*) le drainage, découvert par Chassaignac, est excellent pour assurer aux liquides infectieux des plaies un libre écoulement et pour la neutralisation des microbes qu'ils contiennent (drainages hypogastrique, vaginal, vagino-abdominal) ; *c*) le morcellement, que quelques opérateurs s'efforcent vainement de nous disputer, oubliant que c'est nous qui en avons exposé les lois et créé le manuel, permet de diminuer à volonté le volume des tumeurs et de les enlever rapidement, sans crainte de perdre du sang et de léser les organes importants du voisinage ; *d*) le traitement par suppuration (1) permet de guérir les tumeurs liquides dont une portion ne pourrait être enlevée parce qu'elle est trop intimement reliée aux organes qui l'entourent ou sur lesquels elle a pris naissance ; *e*) l'exclusion d'une portion de tumeur liquide ou solide, trop vasculaire, trop adhérente à un organe qu'il faut à tout prix ménager, permet de conduire à bonne fin des opérations qui échoueraient si l'on n'avait pas pris soin de fixer cette portion conservée, à la manière d'un pédicule, entre les lèvres de la plaie abdominale ; *f*) les pansements par occlusion rendent chaque jour de signalés services ; le traitement qui convient aux nombreuses variétés de tumeurs multiples que nous venons d'énumérer doit forcément varier suivant

(1) Ce mode de traitement, qui a été si fortement repoussé lorsque je l'ai proposé le premier, a reçu depuis le nom impropre de marsupialisation.

que les annexes ou l'utérus sont malades et, en ce qui concerne ce dernier, suivant que l'on peut enlever seules les tumeurs dont il est le siège ou qu'il est nécessaire d'exciser cet organe en totalité par la voie abdominale ou la voie vaginale, avec ou sans les annexes.

La technique des opérations faites par la voie abdominale est absolument la même aujourd'hui que celle que nous avons appliquée en 1864 à l'ovariotomie et en 1868 à l'hystérectomie totale, avec cette seule différence que l'écraseur et le serre-nœud ont été délaissés pour faire place au pincement préventif, temporaire et définitif des vaisseaux. La technique des opérations faites par la voie vaginale a été appliquée pour la première fois en France aux tumeurs multiples de l'utérus et de ses annexes. La voie abdominale est celle qui permet le mieux de préciser le siège et les rapports des grandes tumeurs qui nous occupent, de reconnaître qu'elles sont multiples, d'extraire les prolongements qu'elles envoient dans les régions voisines et de vaincre les complications qui les accompagnent ; la voie vaginale, moins dangereuse, doit être réservée aux tumeurs peu volumineuses, surtout à celles qui occupent la partie inférieure de l'utérus, des ligaments larges, du bassin et qui ont suppuré ; la voie vagino-abdominale convient surtout aux tumeurs de moyen volume et s'impose tout naturellement lorsque, au cours d'une opération par la voie vaginale, le chirurgien reconnaît que la tumeur est trop haute, trop volumineuse, trop largement implantée pour qu'il soit possible de l'abaisser et de l'enlever aisément ; en pareil cas, il doit suspendre la manœuvre commencée par le vagin et la terminer par l'hypogastre ; la voie vaginale et la voie vagino-abdominale ne doivent pas être appliquées lorsque la tumeur, quel qu'en soit le volume, occupe la surface de l'utérus, les ovaires, les trompes, la partie supérieure des ligaments larges ; dans ces cas, mieux vaut recourir d'emblée à la voie abdominale ou à la voie abdomino-vaginale. Le succès de nos opérations n'a pas été dépassé à l'étranger et est dû à des méthodes créées par nous, adoptées dans les autres pays, de sorte que les jeunes gynécologistes ont tort d'aller ailleurs apprendre ce que les chirurgiens de ces contrées ont appris dans notre pratique, de revenir en déclarant dans leurs préfaces et dans leurs livres, que la chirurgie française a cessé d'occuper le premier rang, excellent moyen de dépouiller la France de ses richesses et d'abaisser son drapeau que, pour notre part, nous ne cesserons jamais de soutenir et d'élever.

M. Doyen (de Paris). — Les nombreuses communications qui se sont

succédé sur l'hystérectomie abdominale totale depuis la démonstration, en septembre 1892, au Congrès de gynécologie de Bruxelles, de mon premier procédé de décortication sous-séreux du segment inférieur de l'utérus, témoignent de l'importance de cette nouvelle méthode.

Il s'agit aujourd'hui de discuter la valeur réelle des modifications proposées. Ceux de mes collègues présents, qui assistaient au Congrès de Bruxelles, en 1892, se souviennent que l'originalité de mon procédé d'hystérectomie abdominale totale n'a été contestée par personne, et après la même séance, j'ai proposé ce nouveau procédé, non seulement pour les fibromes, mais aussi pour les cas de tumeurs juxta-utérines et, en particulier, pour les cas de suppurations pelviennes graves et inopérables par le vagin.

Ma première série, qui comprenait 11 cas, comportait plusieurs observations de tumeurs juxta-utérines et ligamentaires enlevées, pour plus de sécurité, avec l'utérus. Quant à mon premier cas de suppuration pelvienne traité par l'hystérectomie abdominale totale, c'est-à-dire par la castration abdominale totale, j'y attachai une telle importance, que j'avais fait représenter la pièce en coupe, dans les planches qui ont été distribuées au Congrès et que, dans mon mémoire, j'oppose nettement à la « castration vaginale totale » la « castration abdominale totale », comme recommandable dans les cas où la première est impraticable, en raison du volume et de l'étendue des lésions.

J'ai, depuis cette époque, pratiqué la castration abdominale totale, pour suppurations pelviennes et pour tumeurs juxta-utérines, chaque fois que l'indication s'est présentée. Quelques-unes de mes pièces, les plus curieuses, ont été représentées dans ma « Technique chirurgicale ».

Je ne suis donc jamais tombé dans l'erreur de ceux qui ont voulu présenter, comme méthode de choix dans les cas de suppuration pelvienne, la castration abdominale totale. Je me suis ailleurs suffisamment expliqué sur ce point : toute tumeur extirpable par le vagin doit être attaquée par cette voie. La laparotomie n'est indiquée que lorsqu'elle est évidemment moins grave que l'hystérectomie vaginale.

La « castration abdominale totale » pour suppuration pelvienne est donc bien une opération française; comme il le disait tout à l'heure, M. Péan y a recours depuis longtemps.

Elle a été suivie de succès dès mon premier cas, et de plus, je l'ai considérée d'emblée, non pas comme une opération applicable à la grande majorité des cas, mais bien comme une opération d'exception,

qui ne devait être tentée que dans les cas graves, où l'intervention vaginale était impossible, ou tout au moins très aléatoire.

Mais il y a plus ; je prétends qu'il est impossible de soutenir l'originalité de ce prétendu procédé américain, où l'utérus est détaché d'un côté vers l'autre, avec ligature progressive de ce qui vient de saigner. Ce procédé n'est qu'une modification regrettable de mon premier procédé, où je détachais les ligaments larges de haut en bas, pour atteindre le col à la fin de l'opération, ou même, dans le cas où le cul-de-sac de Douglas n'était pas accessible au milieu de l'opération, je remontais, en effet, dans ces cas, l'utérus de la gauche vers la droite.

Mon premier procédé était supérieur à celui dit « des Américains » car je l'exécutais vite, tandis que la méthode que présentent aujourd'hui certains collègues, est lente, pénible et laborieuse.

Donc, pour ce qui concerne le procédé dit Américain, il ne présente aucune originalité et n'est qu'un dérivé timide et peu rationnel de la première méthode française déjà sûre, rapide et brillante.

Dans ce premier procédé, je liais les pédicules tubo-ovariens, avant de les attirer dans le vagin, et je les fixais avec deux longues pinces. Ces pinces ne servaient donc pas à l'hémostase, puisqu'il y avait une ligature au-dessus d'elles. Je les ai bientôt supprimées. Les modifications ultérieures que j'ai apportées à ce procédé (avril 1894) sont trop connues pour que je désire les mentionner ici. J'ai étudié et décrit tous les artifices opératoires qui convenaient aux cas les plus rares et les plus anormaux; énucléation préliminaire de tumeur rétro-utérine ou d'énormes salpingites purulentes, section préliminaire des brides ligamentaires qui peuvent s'opposer à l'élévation de l'utérus au-dessus du pubis, isolement de l'utérus en dernier lieu, après énucléation d'énormes tumeurs juxta-utérines sous-péritonéales de 15 à 20 kilogrammes, etc.

Je puis donc affirmer qu'aucune des méthodes décrites, où le segment inférieur de l'utérus est dépouillé de son enveloppe séreuse, manœuvre proposée pour la première fois par moi en 1892, et de laquelle dépend la bénignité extrême de l'opération, ne saurait réclamer le titre de « procédé d'hystérectomie ».

L'hystérectomie abdominale a traversé plusieurs phases : 1° L'hystérectomie supra-cervicale, à pédicule externe, avec réduction du pédicule, avec traitement mixte ou rétro-péritonéal du pédicule.

2° L'hystérectomie totale par la méthode de Freund, pour le cancer ; de Martin, pour le fibrome.

3° L'hystérectomie abdomino-vaginale de Péan.

4° Enfin l'hystérectomie totale avec décortication sous-séreuse du segment inférieur de l'utérus, sans hémostase préventive.

Mon procédé d'hystérectomie abdominale a fait tomber la mortalité de cette redoutable opération à 5 ou 6 p. 100.

Les chirurgiens les plus compétents qui n'ont pas osé tout d'abord pratiquer l'opération telle que je l'ai conseillée, en ne pinçant que ce qui vient à saigner, arrivent tous à rejeter définitivement les pratiques anciennes d'hémostase. Ma technique opératoire est simple et précise ; ceux qui voudront l'étudier avec soin, constateront qu'elle répond à toutes les exigences de l'hystérectomie abdominale, dans les cas même les plus compliqués et les plus graves.

M. Péan. — Je voudrais demander à M. Doyen s'il se sert de pinces au cours de ses hystérectomies abdominales ou bien, comme certains chirurgiens américains, s'il enlève l'utérus avec ses tumeurs sans se servir de pinces. Pour ma part, je ne crois pas que cette dernière méthode soit bonne et je reste partisan du pincement préventif.

M. Doyen. — Les chirurgiens américains opèrent à peu près comme moi, ainsi que me l'ont dit plusieurs d'entre eux qui sont venus à ma clinique ; mais, ainsi qu'ils l'ont reconnu, ils mettent beaucoup plus de temps. On peut ne pas se servir de pinces en passant les ligatures comme Martin, avec des aiguilles, et *en coupant entre deux ligatures*.

Quant à moi, je n'ai jamais dit que je ne me servais pas de pinces ; mais, en thèse générale, j'ai soutenu et soutiens encore qu'il ne faut pas abuser des pinces. Dans des opérations où M. Péan emploie 40 et 50 pinces, j'en mets 3 ou 4 ; souvent enfin, avant de lier, je saisis le pédicule vasculaire entre le pouce et l'index, véritable pince naturelle. De la sorte, on gagne beaucoup de temps. Je rends donc hommage aux progrès que M. Péan a réalisés. Mais il est évident que la méthode de M. Péan n'est, pas plus que les miennes, le *dernier mot en chirurgie*, et personne ne contestera que la simplification des méthodes opératoires présente, au point de vue du pronostic, des avantages réels et indiscutables.

M. Le Bec (de Paris). — Mon procédé est basé sur la ligature préalable des vaisseaux utéro-ovariens, des artères utérines et la perforation des culs-de-sac, l'ablation des fibromes, du col, et la suture du

péritoine pelvien, ou bien le drainage selon les cas. Je l'applique aux gros fibromes non enlevables par le vagin.

Je l'ai appliqué 57 fois; quelques fibromes atteignaient 12 kilogrammes, et sur des malades exsangues. Il permet de tout couper, entre deux ligatures, et d'aller vite. Je suture le péritoine pelvien, quand cela se peut.

J'ai toujours pu appliquer mon procédé, quels qu'aient été le volume, l'enclavement et les adhérences. On peut voir que j'ai rencontré toutes les difficultés, par mon tableau de statistique, dont voici le résumé : kystes ou sarcomes des ovaires, 7 cas; salpingites volumineuses et adhérentes, 1 cas; cancer de l'utérus avec fibrome du fond, 1 cas; adhérences totales, nécessitant le morcellement, 3 cas; adhérences à la paroi antérieure, à l'intestin, 18 cas; enclavement serré dans le bassin, 3 cas; infiltration dans les ligaments larges, 5 cas; le péritoine pelvien a été suturé, 45 cas, drainé, 12 cas. J'ai eu 5 morts : péritonite septique, 2 cas; intoxication mercurielle par des compresses-éponges mal exprimées, 1 cas, la malade est morte le trente-quatrième jour; épuisement, mort dans les 6 heures, 2 cas.

Deux fois, j'ai eu une hémorrhagie légère d'une artère vaginale, facilement arrêtée par une éponge. Je n'ai donc pas eu d'accident mortel imputable à mon procédé.

M. Thomas Jonnesco (de Bucarest). — Depuis le mois d'avril 1895, j'ai pratiqué 77 castrations totales utéro-annexielles dont 40 par la voie vaginale, 2 par la voie combinée vagino-abdominale et 35 par la voie abdominale. Mes 40 *hystérectomies vaginales* se décomposent ainsi : affections utérines : cancer (9), métrites hémorrhagiques (6), fibrome (1), prolapsus (6), et affections des annexes : salpingites suppurées (17), grossesse tubaire (1). J'ai eu 8 accidents mortels dus à : l'hémorrhagie secondaire, après l'enlèvement des pinces (2), pincement et sphacèle de l'intestin (1), infection secondaire pendant l'élimination des escarres (5).

Le procédé que j'emploie est celui de Müller-Quénu, avec une modification : l'incision médiane de l'utérus; je la poursuis du col vers le fond sur la moitié seulement de l'organe, puis avec la main gauche, introduite par le cul-de-sac postérieur ouvert, je fais basculer le fond en avant, et, après l'avoir fait sortir par le cul-de-sac antérieur ouvert, je l'incise d'avant en arrière, jusqu'à la complète séparation des deux moitiés utérines. De cette façon, la cavité utérine est ouverte en

dehors du pelvis et on risque moins d'infecter ce dernier. Pour l'hémostase, j'emploie les pinces.

Les deux cas d'*hystérectomie vagino-abdominale*, pour un volumineux cancer total de l'utérus et pour un volumineux utérus myomateux avec des lésions multiples des annexes (kystes des ovaires et hydro-salpinx), m'ont donné deux guérisons. L'*hystérectomie abdominale totale*, je l'ai employée dans les affections suivantes : affections de l'utérus : fibromes (3), fibrome avec salpingite double (1), fibrome avec lésions aseptiques des annexes (2), métrite parenchymateuse, lésions aseptiques des annexes (1), cancer (6), sarcome de l'utérus et de l'ovaire (1), prolapsus (2) ; affections des annexes : lésions aseptiques bilatérales (kyste simple ou dermoïde, ovaires polykystiques, hydro-salpinx, grossesse tubaire (3) ; salpingites suppurées (14) ; kyste endopapillaire de l'ovaire suppuré (1) ; pelvi-péritonite chronique suppurée (1).

J'ai eu six accidents mortels, dont trois pour des cancers étendus sur les parois vaginales, une suppuration disséquante du pelvis, un épuisement par cachexie et un cas de blessure de l'intestin par l'aiguille au moment de la fermeture de l'abdomen.

Mon procédé de castration abdominale totale, que j'emploie depuis avril 1896, présente les points essentiels suivants : Enlèvement en totalité et d'une seule pièce de l'utérus et de ses annexes ; suppression des pinces aussi bien temporaires que permanentes ; suppression de toute hémorrhagie par la ligature préventive du pédicule annexiel (artère utéro-ovarienne), du ligament rond (artère du ligament rond) et du pédicule utérin (artère utérine) ; ouverture en premier lieu du cul-de-sac vaginal antérieur, sans conducteur vaginal et section par le vagin des culs-de-sac latéraux et postérieur ; placement sous-péritonéal des moignons artériels et reconstitution du plancher pelvien péritonéal sur toute l'étendue de la surface cruentée, laissée par la section des ligaments larges ; fermeture du vagin lorsqu'on s'adresse aux affections aseptiques ou lorsque les poches annexielles ont été extraites sans être ouvertes ; drainage pelvien, par le vagin, lorsque le contenu annexiel purulent et septique s'est déversé dans le pelvis.

Ma pratique personnelle m'a conduit aux conclusions suivantes : l'hystérectomie abdominale totale est l'opération de choix pour l'ablation de l'utérus et de ses annexes ; la voie vaginale n'est qu'une opération de nécessité. Pour les tumeurs utérines, sauf le cancer, la voie abdominale est préférable ; pour le cancer mobile ou mobilisable, la voie vaginale est supérieure.

Dans les affections bilatérales aseptiques des annexes, il faut pratiquer la castration abdominale totale, car l'utérus dans ces cas devient mobile et dangereux. Dans ces affections septiques utéro-annexielles, la voie abdominale met à l'abri de toute méprise sur la bilatéralité des lésions ; c'est une opération faite à ciel ouvert, réglée, méthodique, d'exécution facile ; elle permet l'ablation complète des organes malades et donne par là même des résultats thérapeutiques parfaits et durables. La castration utérine vaginale, opération de Péan, est seule indiquée dans les cas de suppurations étendues du petit bassin avec un dôme d'adhérences, qui sépare le pelvis du ventre et qu'il serait dangereux d'ouvrir ; dans ces cas le drainage vaginal s'impose.

Enfin, contrairement à la castration totale vaginale, la castration abdominale totale met à l'abri des accidents opératoires ou post-opératoires comme : hémorrhagie primitive ou secondaire, blessures des organes voisins : uretère, vessie, rectum. Grâce à l'asepsie, l'opération par l'abdomen est aussi bénigne, sinon plus, que l'intervention par le vagin, et je crois pouvoir affirmer que c'est là l'opération de l'avenir.

M. Pantaloni (de Marseille), répondant à M. Jonnesco, pense qu'il n'y a qu'une seule méthode opératoire d'hystérectomie abdominale totale basée à la fois sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs et sur le mode de vascularisation de la matrice, c'est la *décortication sous-séreuse de la tumeur ;* mais cette méthode comporte des procédés différents suivant les cas.

a) Dans les cas simples, le meilleur est d'aborder la masse par le cul-de-sac postérieur.

b) Dans les cas compliqués, lorsqu'il s'agit de fibromes enclavés et adhérents au Douglas, rendant l'abord de celui-ci long et pénible, lorsqu'il s'agit de fibromes avec annexites suppurées adhérentes formant une masse compacte et septique remplissant aussi le Douglas, on peut aborder la matrice par le cul-de-sac antérieur.

Ainsi, on ne perdra pas un temps précieux à trouver le vagin ; on ne se contaminera pas les doigts, dès le début des manœuvres ; enfin, on terminera par la zone septique. Au besoin, on décortiquera en bloc les masses suppurées en passant sous le péritoine, quitte à suturer le lambeau séreux antérieur, c'est-à-dire ce qui reste de péritoine à la face antérieure de la région sacrée et à drainer au-dessous par le vagin. Ce sont là les réflexions qui lui ont été suggérées par 32 opérations avec un seul insuccès depuis deux ans.

M. Péan (de Paris). — Dans le procédé qu'il vient de décrire, je vois que M. Jonnesco évite de se servir de pinces. En vérité, je ne sais pourquoi on cherche à se passer d'un auxiliaire si précieux et si indispensable dans les cas difficiles qui doivent être les plus fréquents, bien qu'on tende à opérer des utérus de plus en plus normaux. Quand il s'agit d'utérus bourrés de fibromes avec des prolongements dans les ligaments larges et dans tout le petit bassin, on ne peut véritablement faire de bonne opération sans pinces.

M. Jonnesco (de Bucarest). — Je suis loin de nier l'utilité des pinces, mais je pense qu'on peut s'en passer souvent et je cherche à en limiter le plus possible l'emploi.

M. Delaunay (de Paris). — On ne peut vraiment pas avoir de procédé fixe en matière d'ablation de l'utérus. Quand l'utérus vient facilement, tous les procédés sont bons, faciles à servir de succès. Mais quand le cas est difficile, il faut s'ingénier, faire comme on peut, et, au besoin, pour le cas particulier, créer un procédé particulier.

M. A. Monprofit (d'Angers). — L'hystérectomie abdominale est devenue le traitement de choix pour les tumeurs *fibreuses volumineuses ;* nos résultats sont devenus si satisfaisants que la gravité d'une hystérectomie abdominale est presque la même que celle d'une simple ablation d'annexes. Nous l'employons en outre pour les *tumeurs fibreuses de moyen et de petit volume*, que nous aurions autrefois traitées par l'hystérectomie vaginale. L'opération nous paraît plus facile en général et plus sûre dans son hémostase immédiate et secondaire ; parfois il est possible de conserver la matrice et ses annexes, alors que l'intervention avait été commencée dans le but de pratiquer l'extirpation totale. Certains cas de myômes sous-péritonéaux ou pédiculés ne peuvent être sûrement reconnus que lorsque l'abdomen est ouvert ; l'hystérectomie vaginale ne permet pas aussi facilement de conserver la matrice et ses annexes dans de pareils cas. Nous employons aussi l'opération par l'abdomen, pour enlever les *tumeurs malignes* du corps et du col dans certaines conditions. Si l'épithélioma a complètement détruit le col de la matrice, l'intervention abdominale est infiniment plus facile, plus rapide et plus sûre que l'intervention vaginale ; j'ajoute qu'il est plus facile aussi de faire une ablation complète par la voie abdominale. S'il s'agit d'une *tumeur maligne du corps de la matrice* avec augmentation notable du volume de l'organe, l'ablation

par l'abdomen nous paraît infiniment préférable à tous égards. Pour ces tumeurs, il arrive en effet que l'ablation par le vagin ne peut se faire que par morcellement ; or le morcellement d'une tumeur maligne par la voie vaginale, en dehors des risques d'inoculation qu'il comporte, donne parfois les plus grandes difficultés pour la prise et l'extraction des parties friables qui cèdent constamment sous la pince, et aussi pour l'hémostase.

Nous utilisons volontiers dans ces cas l'intervention mixte ou *vagino-abdominale ;* dans un premier temps, nous sectionnons les culs-de-sac vaginaux et la base des ligaments larges, après pincement des utérines.

Dans un second temps, nous ouvrons la paroi abdominale, et sectionnant la partie supérieure des ligaments larges et les culs-de-sac péritonéaux, nous enlevons avec la plus grande facilité une tumeur que des tractions intempestives par l'une ou l'autre voie auraient fatalement déchirée, vu sa grande friabilité.

En résumé. — 1° L'hystérectomie abdominale totale employée dans le traitement des grosses tumeurs utérines n'est plus à discuter ; 2° Dans le traitement des *tumeurs moyennes ou petites*, *bénignes ou malignes*, elle permet de faire soit une ablation plus complète et plus radicale, soit une *conservation de la matrice* qui n'eût pas été possible par la voie vaginale ; 3° Nous la considérons, en outre, comme bien plus facile et comme plus sûre ; pour ces diverses raisons, nous croyons que le *champ de l'hystérectomie vaginale ira se rétrécissant*, alors que celui de l'*hystérectomie abdominale ira s'élargissant.*

M. Péan (de Paris). — Je vois que les jeunes chirurgiens ont une très grande tendance à suivre la voie abdominale, que j'avais ouverte en 1868, et dont j'ai restreint en partie les indications depuis 1882, parce que j'en avais vu les inconvénients dans certains cas. Il semble, cependant, qu'on se méprend totalement sur les avantages incontestables de la voie vaginale. Et, tout d'abord, je voudrais protester énergiquement contre cette idée fausse qui circule et qui s'imprime, d'après laquelle toute opération commencée par la voie vaginale doit amener la castration de la femme. Mais c'est méconnaître tous les bienfaits de la colpotomie. Quoi de plus simple que d'inciser le cul-de-sac antérieur ou postérieur et d'explorer, pour compléter, vérifier son diagnostic clinique, ou même pour l'établir, dans certains cas particulièrement difficiles ? Et non seulement on peut inciser le vagin, mais

on peut sectionner le col, on peut même pincer la base des ligaments larges, la pincer et la sectionner au besoin, sans que toutes ces manœuvres soient fatalement suivies de la castration. Si les lésions ne sont pas très étendues, soit du côté de l'utérus, soit du côté des annexes, on pourra s'en tenir à une opération conservatrice. Dans le cas contraire, on fera la castration vaginale.

Mais, supposons que cette exploration amène à penser que la voie abdominale est préférable pour l'extirpation des lésions, qu'y a-t-il de perdu ? Rien. On continuera par la suite ce qu'on avait commencé par le vagin, et souvent même l'intervention sera grandement facilitée par le premier temps vaginal.

M. Bouilly (de Paris). — Je tiens à faire une protestation vibrante contre cette assertion, que je crois très dangereuse, émise par M. Monprofit, que l'ablation des tumeurs moyennes et petites de l'utérus doit se faire par la voie abdominale. C'est, au contraire, *toujours* par la voie vaginale qu'il faut procéder à l'ablation de toute tumeur utérine ne dépassant pas l'ombilic, et c'est même parce que je considère la voie vaginale comme meilleure que l'abdominale, que je recommande de ne pas trop laisser grossir les fibromes, afin de n'avoir pas à en pratiquer l'extirpation par la voie sus-pubienne. Et si je suis si convaincu de l'idée que je soutiens, c'est parce que je m'appuie sur une pratique de plusieurs années, durant lesquelles j'ai fait des centaines d'opérations vaginales.

Et quant à cet argument, que l'ouverture du ventre permet de contrôler, de faire le diagnostic, je dirai qu'il faut établir le diagnostic avant l'opération, et que, sauf certains cas exceptionnels, qui ne doivent jamais entrer dans l'établissement d'une règle générale, on arrive à le porter juste, si on veut bien le serrer de près, en procédant à des examens répétés, complets et soignés des malades que l'on examine.

M. Monprofit (d'Angers). — Je suis très sensible aux arguments qui me sont présentés par M. Péan et par mon cher maître, M. Bouilly ; je suis convaincu qu'entre les mains d'opérateurs d'une habileté aussi universellement reconnue, l'hystérectomie vaginale donne des résultats aussi bons que l'addominale ; mais j'envisage la question moins au point de vue de l'exérèse totale de l'organe qu'au point de vue de sa *conservation*. C'est désormais le point qui me paraît avoir la plus grande, et je dirai presque la seule importance : *par quelle voie serai-je le plus sûr de pouvoir conserver la matrice et ses annexes, si cela me paraît pos-*

sible au cours de l'intervention ? A cette question, je réponds que pour moi je crois pouvoir mieux conserver la matrice et ses annexes, *en état de pouvoir fonctionner*, par l'intervention abdominale que par la vaginale; j'opérerai donc le plus possible par la voie abdominale et tous mes efforts seront dirigés, non vers l'ablation totale, mais vers la conservation de l'organe, si elle est possible.

Les ablations totales de la matrice ne me satisferont jamais autant qu'une conservation de l'appareil génital; et je crois que nous avons, dans notre légitime recherche des meilleurs procédés opératoires, trop de tendance à mutiler définitivement, avant d'avoir épuisé tous les moyens de conserver. En résumé, la laparotomie me paraît pouvoir se prêter, mieux que la colpotomie, à la conservation, et c'est pour cela que j'y ai plus volontiers recours, sans vouloir aucunement prétendre que d'autres ne font pas aussi bien par la voie vaginale que nous par l'abdominale. Je prends pour ma règle de conduite la formule suivante : *faire par la voie abdominale tout ce qu'il est possible de faire par cette voie, ne faire par le vagin que ce qu'on ne peut pas faire par l'autre voie.* Nos adversaires peuvent facilement prendre la formule opposée.

M. Hartmann. — Comme mon ami Monprofit, je suis partisan absolu de la voie abdominale dans tous les cas de fibromes utérins, gros et petits. Aux raisons qu'il nous a données en faveur de cette opinion, j'en ajouterai une autre : c'est que, non seulement on peut, par cette voie, enlever des fibromes pédiculés, mais on peut, en incisant franchement le tissu utérin et le tissu fibreux, énucléer des tumeurs franchement interstitielles. Cela ne saigne pas, et rien n'est plus simple que de suturer ensuite les parois de la cavité d'énucléation. Notre chirurgie actuelle est trop mutilante; elle doit tendre à devenir conservatrice. A ce point de vue, la supériorité de la voie abdominale apparaît pour tout esprit non prévenu. J'ajouterai cependant, qu'étant donnés les bons résultats que j'ai obtenus par la ligature vaginale du pédicule hypogastrique de l'utérus dans les fibromes, je commencerai par cette ligature dans tous les cas où elle ne sera pas contre-indiquée.

M. Delaunay. — Contrairement à MM. Monprofit et Hartmann, je me range résolument parmi les partisans de la voie vaginale. Comme vient de le dire M. Péan, cette voie permet, et à moins de frais que l'incision abdominale, de faire une exploration de l'utérus et des annexes, et de pratiquer, si l'occasion se présente, une opération conservatrice. Par la colpotomie, on peut attirer l'utérus, le luxer au dehors, vérifier

l'état des annexes, le tout sans rien sacrifier d'emblée. Je ne vois donc pas, pour ma part, pourquoi il serait nécessaire d'ouvrir toujours le ventre.

Castration abdominale totale pour salpingites suppurées.

M. Monprofit (d'Angers). — J'ai pratiqué six fois la castration abdominale totale, pour affections chroniques des annexes, nécessitant leur ablation. Les résultats immédiats de cette intervention sont excellents ; mes malades ont toutes guéri ; les résultats définitifs, au point de vue des phénomènes douloureux, paraissent devoir être beaucoup meilleurs que par l'ablation simple des annexes.

J'emploie un manuel opératoire différent, selon la nature des cas : 1° si les tumeurs annexielles sont très volumineuses et cachent, en quelque sorte, la matrice, je soulève d'abord la tumeur salpingienne la plus volumineuse, ensuite la tumeur du côté opposé, et finalement la matrice ; 2° si, au contraire, la matrice paraît facilement abordable, je procède d'abord à son ablation de la façon suivante : je sectionne les ligaments larges le long du bord utérin, et je fais l'hémostase au moyen de pinces hémostatiques ou de pinces à pédicule, selon les cas. Je trace ensuite une incision circulaire sur le péritoine, autour de la partie inférieure de la matrice. Je réduis ensuite la vessie et j'ouvre, en premier lieu, le cul-de-sac vaginal antérieur. Je pince alors le col utérin et je l'extrais de bas en haut par la brèche faite à la paroi vaginale antérieure. Le vagin est alors sectionné autour du col ; les utérines sont pincées de chaque côté et l'utérus est enlevé. Il est alors généralement assez facile d'extraire les annexes en les décollant de bas en haut. Lorsque les tumeurs salpingiennes sont incluses entre les lames du ligament large, il est utile de sectionner le péritoine au moyen d'un trait de bistouri, tiré transversalement au-devant de la trompe, sur le bord supérieur du ligament large ; on peut alors faire pénétrer le doigt entre les feuillets du ligament, et énucléer ainsi facilement de haut en bas des tumeurs salpingiennes volumineuses.

Je rappellerai que j'ai indiqué, dès 1888, dans ma thèse sur les *Salpingites et Ovarites*, le mécanisme du dédoublement du mésosalpynx et du ligament large, ainsi que le manuel opératoire, propre à employer en pareil cas ; je disais aussi que la grande majorité des poches salpingiennes pouvaient être ainsi enlevées par la laparotomie ; ce point d'anatomie pathologique a depuis lors été découvert par d'autres auteurs,

qui, évidemment, n'avaient pas eu connaissance de mon travail.

Lorsque la trompe et l'ovaire enflammés sont tombés dans le cul-de-sac de Douglas où ils sont devenus adhérents, le décollement se fait plus facilement par la partie postérieure ; en glissant les doigts derrière les annexes, entre elles et le rectum, on arrive à les décoller dans le fond du cul-de-sac de Douglas et on les déroule peu à peu de bas en haut, laissant la face postérieure des ligaments larges et de l'utérus dénudée et saignante. J'enlève alors ces annexes et ensuite la matrice. Lorsque l'ablation est terminée, je procède à l'hémostase définitive au moyen de ligatures jetées sur les utérines et sur les utéro-ovariennes.

La fermeture du vagin me paraît indiquée, lorsqu'il ne reste pas une trop large surface avivée. Si l'infection en est à craindre, d'après la nature des lésions, je laisse le vagin ouvert et établis un drainage. Lorsque cela est possible, un surjet réunit le péritoine transversalement, d'un bord à l'autre de la cavité pelvienne.

Le nombre de mes cas est encore trop restreint pour que j'établisse un parallèle entre la castration abdominale totale et l'hystérectomie vaginale pour les suppurations pelviennes. Je crois que cette dernière ntervention reste toujours une précieuse ressource dans les cas les plus graves. J'ajouterai que toutes les manœuvres sont singulièrement favorisées par l'emploi de ma *valve abdomino-vaginale*, qui assure, d'une façon fixe et constante, l'écartement de la plaie sus-pubienne et l'éclairage du fond du petit bassin.

M. Hartmann. — Les diverses communications de MM. Monprofit, Jonnesco, Delagénière, nous ont montré que la voie abdominale regagnait actuellement du terrain sur la voie vaginale dans le traitement des affections de l'utérus et de ses annexes. Je viens à mon tour vous dire que je suis, comme mes collègues, partisan déclaré de la voie abdominale.

Certes l'hystérectomie vaginale a constitué, au moment de son apparition, un véritable progrès au double point de vue des résultats immédiats et des résultats éloignés. A une époque où l'on décortiquait les tumeurs utérines et péri-utérines au milieu d'anses d'intestin venant constamment dans le champ opératoire, le shock et la péritonite étaient beaucoup plus fréquents après les opérations abdominales qu'après les vaginales où, en somme, le chirurgien manœuvrait beaucoup plus dans un champ limité. Mais, depuis lors, avec la position élevée du bassin, l'emploi judicieux de compresses aseptiques limitant le champ opéra-

toire, on a pu, par la voie abdominale, opérer dans un bassin vidé pour ainsi dire de son intestin et tout en conservant, en augmentant même considérablement les avantages de la voie abdominale, on a acquis ceux que donnait seule primitivement l'opération vaginale. La mortalité opératoire a considérablement diminué.

Au point de vue des *résultats éloignés*, l'hystérectomie vaginale a, de même, été pendant une période très supérieure à la castration annexielle abdominale. Si je prends mes relevés opératoires d'il y a quelques années, je vois que 55 pour 100 de mes laparotomisées seulement étaient débarrassées de tout phénomène morbide, tandis que l'hystérectomie vaginale me donnait 86 pour 100 de résultats parfaits.

L'examen minutieux de mes malades m'a montré que les troubles consécutifs aux castrations annexielles abdominales tenaient soit à la persistance de moignons douloureux, soit à des utérus douloureux ou suintants (pertes blanches ou rouges). Aussi à l'exemple des chirurgiens américains, j'ai supprimé ces deux causes de troubles consécutifs par la ligature isolée des vaisseaux et par l'ablation concomitante de l'utérus toutes les fois que j'étais conduit à faire l'ablation bilatérale des annexes. Depuis ce moment, mes résultats définitifs d'opérations abdominales ont été supérieurs à ceux de l'hystérectomie vaginale qui laisse quelquefois des débris d'annexes, cause de noyaux douloureux, des appendices malades, etc. Certes après les ablations unilatérales, l'utérus peut nécessiter un traitement consécutif ; mais nous trouvons que le fait de conserver ses fonctions génitales vaut bien à la femme quelques ennuis et une prolongation de traitement. L'argument de la conservation possible, même à ce prix, nous semble plaider en faveur de l'opération abdominale et notre but doit être de faire le moins de châtrées possible.

On comprendra qu'avec ces idées, j'ai beaucoup restreint les indications de l'hystérectomie vaginale. Du 15 octobre 1896 au 15 octobre 1897, j'ai pratiqué pour lésions annexielles 40 opérations : 7 colpotomies, 31 laparotomies, 2 hystérectomies vaginales.

Les 7 colpotomies ont été faites pour foyers suppurés, et ont toutes été suivies de guérison. Mes 31 laparotomies ont de même toutes guéri. Elles se décomposent en : 2 libérations d'annexes, avec excision partielle d'ovaire et raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds : 11 ablations unilatérales ; 18 castrations abdominales totales (dont 13 pour lésions suppurées). Les deux hystérectomies vaginales m'ont, au contraire, donné 1 mort. Il s'agissait d'un cas suppuré. J'ai

a conviction que par la voie abdominale j'aurais sauvé ma malade. Le deuxième cas était simple, et si j'ai eu recours à l'opération vaginale, c'est uniquement parce que l'intégrité de sa paroi abdominale constituait pour la malade son gagne-pain.

Je ne vous exposerai pas mon manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale avec ablation bilatérale des annexes. Il a été décrit dans le numéro de juillet, des *Annales de gynécologie*. Certes l'opération est plus longue que la castration bilatérale simple, comme on la faisait autrefois, mais elle ne me paraît pas plus grave. Mes 18 opérées, auxquelles je pourrais ajouter un cas datant de trois jours, et allant bien, sont guéries. La suppression de l'utérus en diminuant les surfaces suintantes, en régularisant le foyer, rend simples les suites opératoires.

L'opération est moins brillante que l'hystérectomie vaginale exécutée par le procédé rapide et excellent de Doyen, mais les résultats immédiats et éloignés sont supérieurs. Pour les obtenir, il suffit d'être méthodique, rigoureusement aseptique et de limiter exactement son champ opératoire dès le début, n'avançant que progressivement dans un champ bien limité par des compresses stérilisées sans jamais voir une anse d'intestin, autre que celle qu'on décolle.

Des relations de l'appendicite et des affections des annexes.

M. H. Delagénière (du Mans). — J'ai déjà eu l'occasion (1) d'attirer l'attention sur la coïncidence de l'appendicite dans certaines affections septiques des annexes. Je crois aujourd'hui qu'il y a plus qu'une simple coïncidence et que l'appendicite dont il s'agit est une appendicite spéciale, consécutive aux lésions annexielles. Cette opinion est fondée sur l'étude de cinq malades que j'ai opérées récemment. Chez l'une, j'ai pratiqué la castration abdominale totale, chez les quatre autres l'ablation des annexes malades, et chez les cinq j'ai trouvé l'appendice malade et l'ai réséqué. Ces cinq malades ont parfaitement guéri, et leur étude m'a permis de tirer les quelques conclusions suivantes :

1° L'appendicite dont il s'agit est une appendicite folliculaire à marche lente, mais évoluant comme l'appendicite folliculaire classique.

2° Cette appendicite doit être diagnostiquée avant l'opération, afin de recourir à la voie abdominale pour l'intervention ; mais ce diagnos-

(1) Voy. *Arch. méd. d'Angers*, mars 1897, p. 133.

tic est souvent malaisé. Néanmoins, les symptômes gastro-intestinaux succédant aux symptômes des salpingites, la présence à droite de crises douloureuses survenant en dehors des périodes menstruelles, et rappelant en petit la crise d'appendicite, le point douloureux classique, etc., constituent pour nous une symptomatologie suffisante *pour choisir la voie abdominale.* En effet, il importe absolument d'enlever l'appendice malade en même temps que les annexes sous peine de faire une opération incomplète et d'avoir un échec thérapeutique.

3° Au point de vue de la pathogénie, les appendicites folliculaires qu'on rencontre en même temps que les lésions septiques des annexes ont une origine purement intestinale. La colite ou la typhlite qui préparent l'appendicite sont consécutives aux lésions inflammatoires des annexes, qui se propagent à l'intestin par contact, adhérence, puis formation d'abcès.

4° Le traitement consiste à réséquer l'appendice au ras du cæcum. On reconnaîtra que l'organe doit être enlevé aux signes suivants : présence d'adhérences même lamelliformes ; sensation kystique perçue vers l'extrémité libre ou sur un point quelconque ; présence de corps étrangers qu'on ne peut pas refouler dans l'intestin ; enfin arborisations vasculaires intenses à la surface séreuse de l'appendice.

De l'hystérectomie abdominale totale comme temps préliminaire de l'extirpation des kystes papillaires intraligamentaires.

M. H. Delagénière (du Mans). — L'extirpation complète des kystes papillaires parovariens est souvent impossible ; et le chirurgien doit reconnaître son impuissance en marsupialisant la poche. Dans deux cas que nous avons opérés avec succès, nous avons pratiqué comme temps préparatoire de l'intervention, l'extirpation complète de l'utérus dans le but de créer une brèche centrale, donnant accès sur les parois du kyste et sous le péritoine pelvien. L'opération, faite dans ces conditions, a pu être menée à bien sans grandes difficultés. Voici quels en sont les temps principaux.

Le ventre ouvert, on recherche l'utérus et on place une pince sur son fond, pour le maintenir fortement soulevé. On isole l'organe de haut en bas, c'est-à-dire du fond vers le col; on commence en avant pour le séparer de la vessie, puis en arrière pour atteindre le vagin qu'on ouvre encore et qu'on repère ; on isole ensuite les parois latérales ; puis on enlève l'organe en sectionnant circulairement le vagin autour

du col. Des pinces sont placées sur les vaisseaux qui donnent. Le kyste apparaît dans la brèche; on le saisit et on commence son énucléation en suivant ses contours et en augmentant la brèche par une section du ligament large. Lorsque le bassin est évidé, on reconstitue le plancher pelvien en suturant le péritoine; puis on place un drain dans le cul-de-sac de Douglas et on referme la cavité abdominale.

De l'élytrotomie postérieure dans le traitement du prolapsus utérin.

Paul Reynier (Paris). — L'étude que j'ai faite du prolapsus utérin m'a conduit à considérer, avec Trélat, cette ptose comme due à l'affaiblissement du muscle releveur. Celui-ci ne peut plus, grâce à son tonus naturel, former à l'utérus un plan résistant, contractile, qui le soutient, ferme la cavité abdominale par en bas comme le diaphragme la ferme par en haut, et empêche les organes qui y sont contenus d'en sortir.

Quand il devient insuffisant l'utérus se hernie, comme l'intestin se hernie quand la paroi abdominale antérieure s'affaiblit.

Rationnellement il faudrait, pour empêcher cette hernie, porter son action sur ce releveur, sur cette boutonnière musculaire, qu'il forme autour du col utérin, comme nous portons notre action sur l'anneau inguinal dans les hernies de cette région.

Faire des opérations vaginales, colpostrictures, colpopérinéorrhaphie sont des moyens très aléatoires de remédier à ce prolapsus, comme le serait le cloisonnement du sac, la suture des parois scrotales, sans qu'on touche à l'anneau, à l'orifice par où sort la hernie.

Certes de telles opérations peuvent mettre pendant un temps obstacle à la descente de l'organe hernié, elles n'empêchent pas la hernie de se reproduire.

Plus sûre est la création de nouveaux moyens de contention artificiels, à la place des moyens de contention naturels, qui font défaut.

En agissant ainsi l'hystéropexie doit rationnellement donner un résultat au moins momentané plus sûr. Mais ce résultat n'est guère plus durable, si on n'agit pas en même temps par en bas pour empêcher l'utérus de s'abaisser, de tirer et d'allonger rapidement les ligaments artificiels.

On est donc toujours ramené à agir par en bas et à reconstituer à l'utérus un plancher à la place de celui qui fait défaut.

Or il m'a semblé qu'on pouvait porter son action d'une façon très simple, sur le point faible, sur l'orifice par où se fait la hernie utérine.

J'ai été amené à cette conception par l'observation d'un fait vulgaire qui a dû vous frapper comme moi.

Nous voyons souvent des femmes ptosiques, ayant des ectopies rénales, des hernies, de la faiblesse de la paroi abdominale, des prolapsus utéro-vaginaux, rectocèle, cystocèle, qui sont dans les conditions les meilleures pour avoir du prolapsus utérin, et cependant leur utérus reste en place.

Pourquoi l'utérus n'a-t-il pas subi cette ptose, qui porte sur tous les autres organes.

L'examen plus prolongé de la malade vous en donne l'explication.

Toutes ces ptosiques qui échappent au prolapsus ont un passé inflammatoire péri-utérin, qui a laissé des traces indélébiles. Leur mal a été, si j'ose m'exprimer ainsi, presque un bienfait pour elles.

Elles ont un utérus fixé par des adhérences, et ces adhérences lui forment un plancher fibreux, qui prend la place du plancher musculaire insuffisant comme tout le reste du système musculaire.

Or ne pouvons-nous pas intentionnellement et sans danger créer des adhérences, dont bénéficient dans le cas actuel les malades.

Ce que nous voyons se produire à la suite de certaines élytrotomies postérieures, faites dans les lésions aseptiques, nous montre que rien n'est plus facile.

Ne savons-nous pas en effet combien une élytrotomie postérieure est une opération bénigne, si on ouvre le cul-de-sac aseptiquement, et n'avons-nous pas, dans des laparotomies ultérieures, constaté la solidité des adhérences, que créait cette élytrotomie aseptique ?

Or c'est l'opération que, dans un cas de prolapsus complet de l'utérus hors la vulve, j'ai essayé de faire avec un plein succès sur une vieille femme de 60 ans.

Je crois donc intéressant de vous faire connaître cette observation, espérant que la simplicité de l'idée et de l'opération vous donnera envie de m'imiter en pareille occurrence.

Dans une première séance je fis à ma malade une hystéropexie, en fixant les deux ligaments ronds et une large surface du ligament large avoisinant à la paroi abdominale. Au Congrès de gynécologie de Genève j'ai donné les raisons pour lesquelles je préférais cette fixation de l'utérus à celle qui se fait en passant à travers l'utérus les fils fixateurs. Ceux-ci en effet souvent suppurent, malgré toutes les précautions antiseptiques, s'infectant secondairement par le fait de leur passage dans un organe suspect pour l'asepsie.

Je complète dans la même séance cette hystéropexie par le drainage avec la gaze iodoformée du cul-de-sac vaginal postérieur largement ouvert.

Quatre jours après je retire ma mèche iodoformée et laisse mon cul-de-sac se cicatriser, protégé par un bon tamponnement antiseptique.

Quinze jours après je pouvais constater que l'utérus était resté en place et que, malgré les efforts de toux, il ne bougeait pas.

Toutefois pour éviter tout tiraillement je fis alors la colpopérinéorrhaphie, opération qui joue un rôle accessoire et non fondamental, comme quelques auteurs veulent le lui attribuer.

Cette femme, sortie de mon hôpital, a été revue deux mois après, et le résultat restait parfait.

Le pronostic des kystes végétants des ovaires.

M. Bouilly (Paris). — Pour comprendre l'ensemble des faits que nous devons viser, le titre de cette communication devrait être : *Pronostic des kystes végétants et de certaines tumeurs solides et dermoïdes de l'ovaire*, car quelques-unes de ces dernières tumeurs peuvent se comporter, au point de vue de la récidive et de la généralisation, comme les kystes végétants les plus malins.

Par kystes végétants envisagés au point de vue du pronostic, nous n'entendons parler ici que des kystes dits papillaires, dans lesquels les végétations ont perforé la paroi kystique, pour venir s'étaler et végéter à l'extérieur ou se développent d'emblée à la fois dans l'intérieur et à l'extérieur du kyste. Dans nos diverses opérations, nous avons pu observer tous les degrés les plus variés de développement du processus; au bas de l'échelle et comme lésion initiale, typique, non adultérée par des déformations et des productions secondaires, nous avons enlevé de petits ovaires, gros comme une noix ou un œuf de pigeon, transformés, en leur intérieur, en une masse polykystique encore presque solide et recouverte à leur extrémité, d'une forte végétation papillaire, ayant l'aspect d'un velours grossier, d'un véritable chevelu d'aspect villeux et vasculaire. Au sommet, sont les énormes masses kystiques et végétantes, ayant l'aspect de choux-fleurs, avec adhérences multiples aux parois et aux organes de l'abdomen, et envahissement secondaire de toutes les parties adjacentes, épiploon, intestin, utérus, vessie, parois pelviennes et abdominales, etc. Petite ou grosse, la lésion est la même; un lien commun unit tous les degrés et un

symptôme précoce leur appartient à tous, l'ascite, première manifestation clinique de la malignité de la production abdominale, souvent impossible à reconnaitre elle-même, à cause de sa petitesse dans la masse de la collection liquide, souvent aussi facile à distinguer sous la nappe ondulante, dès que la tumeur a acquis un certain volume.

« Une question qui est encore pleine d'obscurité, est celle de la bénignité ou de la malignité du kyste papillaire. » Cette assertion, que j'emprunte textuellement au traité de gynécologie de mon éminent collègue et ami Pozzi, ne saurait être réellement modifiée; cependant l'observation personnelle d'un certain nombre de cas peut déjà fournir quelque lumière sur la cause du danger créé par la présence d'un kyste papillaire végétant. La malignité du kyste papillaire ne peut être déterminée histologiquement; entre les kystes que nous voyons rapidement se généraliser ou récidiver après l'opération, et ceux dont l'ablation est suivie d'une guérison définitive, il n'existe pas de différences histologiques. La malignité ne peut donc être déterminée par les caractères anatomiques; elle est surtout en rapport avec le séjour plus ou moins prolongé de la lésion dans la cavité abdominale. La plupart des malades que nous opérons, atteintes de kystes végétants papillaires des ovaires, présentent déjà des adhérences et des greffes papillaires; l'ablation est presque forcément toujours incomplète, et la graine que nous laissons, volontairement ou involontairement, se développe et reproduit la lésion soit sur place, soit à distance. Que si par bonheur nous sommes appelés à opérer quand la lésion est encore bien limitée, quand il n'y a ni adhérence pelvienne, ni généralisation épiploïque, ni lésion intestinale, l'ablation peut être complète et la guérison définitive; la confirmation en a été fournie par plusieurs des faits que j'ai observés.

Je m'empresse d'ajouter que dans certains cas heureux, où la puissance végétante des masses papillaires est sans doute peu marquée, une opération même incomplète peut être suivie d'une guérison prolongée et quelquefois même définitive. C'est donc dans la précocité de l' intervention opératoire, permettant une ablation complète, qu'il faut chercher les chances et l'explication ordinaire d'un succès thérapeutique définitif.

Et, en effet, ces masses épithéliales végétantes ne progressent pas et ne se généralisent pas à distance, par la voie des lymphatiques ni des vaisseaux sanguins, comme les épithéliomas vrais ou les sarcomes;

elles se propagent en récidivant par le mécanisme de la greffe, implantée par contact direct ou déposée par le liquide ascitique.

Dans 2 cas que je considère comme très heureux, la guérison s'est maintenue après une récidive traitée par une deuxième opération.

Une première malade est opérée le 29 décembre 1887 pour un kyste papillaire bilatéral; récidive deux ans et demi plus tard, après une guérison excellente; est réopérée le 2 décembre 1891 et reste actuellement guérie depuis cette dernière opération, c'est-à-dire depuis cinq ans et neuf mois.

Une deuxième malade subit sa première opération le 16 décembre 1893, a une apparence de guérison complète pendant dix-huit mois; récidive et est opérée pour la deuxième fois le 8 octobre 1895 et reste guérie depuis deux ans accomplis.

Enfin une troisième est plus étonnante. Le 31 avril 1889, je l'opère pour la première fois dans des conditions détestables; extirpation laborieuse de masses polykystiques végétantes, pelviennes et abdominales, résection complète de l'épiploon dégénéré au ras de l'estomac, ascite considérable; guérison parfaite. Vingt mois après, le 31 janvier 1891, deuxième opération, ablation d'une tumeur du volume du poing récidivée dans le pédicule de l'ovaire droit, siège démontré exact par la présence du fil de soie de la première opération, au centre de la tumeur récidivée; guérison simple. En novembre 1891, induration de la cicatrice et développement de masses dans les culs-de-sac; le 2 mars 1892, excision de la cicatrice, ablation des masses végétantes pelviennes; guérison jusqu'en juin 1896, époque à laquelle la malade succombe à des accidents péritonéaux suraigus que je n'ai pas observés, mais qui ont sans doute été dus à une obstruction intestinale.

La mort est donc survenue sept ans après la première opération faite dans des conditions en apparence désespérées et dans cet intervalle la santé a été parfaite, tellement satisfaisante que la malade a pu divorcer, se remarier et que j'ai eu le courage de lui proposer et de lui pratiquer deux nouvelles opérations qui me paraissaient justifiées et utiles.

Je compte quatre cas où la récidive et la mort sont survenues après une période plus ou moins éloignée de l'opération. Au nombre de ces cas, je range l'observation d'une vieille dame de quatre-vingt-deux ans, opérée par l'éminent Spencer Wells auquel je servis d'aide et qui me confia la malade. Celle-ci, opérée au milieu d'accidents péritonéaux subaigus, succomba 10 mois plus tard, présentant dans l'abdomen de grosses masses rapidement récidivées.

Les autres cas se répartissent de la façon suivante :

1° Récidive 18 mois après l'opération, mort 18 mois plus tard ; santé parfaite jusqu'à la récidive ; 3 ans de survie. 2° 1 récidive 1 an après l'opération, mort 6 mois plus tard, 18 mois survie. 3° 1 récidive 10 mois après l'opération, mort 8 mois plus tard, 18 mois survie.

Dans un cas, le bénéfice opératoire fut réel ; jusqu'au moment de la récidive confirmée, la santé redevint parfaite et la vie put être reprise avec toute son activité ; dans les deux autres, le bénéfice fut médiocre et la santé resta profondément altérée jusqu'à la fin (1 cas quatre-vingt-deux ans, et 1 cas cinquante-deux ans, chez une femme cachectique avant l'opération).

I. *Tumeurs solides des ovaires.* — J'ai eu l'occasion d'enlever deux fois des tumeurs solides de l'ovaire de nature histologique maligne, ayant macroscopiquement l'aspect de fibrome de l'ovaire.

Dans un cas, cliniquement, la tumeur s'était comportée avec toute la malignité des tumeurs abdominales les plus mauvaises ; ascite énorme ponctionnée à plusieurs reprises, cachexie abdominale, œdème des membres inférieurs, menace de mort prochaine. La laparotomie, faite sur mes instances et contre tous les avis médicaux, me brouille avec le médecin ordinaire de la malade, et guérit celle-ci en quinze jours ; la guérison est restée définitive depuis quatre ans.

L'examen histologique fait par M. Gombault conclut à une tumeur épithéliale de l'ovaire de pronostic très réservé.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une malade opérée en juin dernier de deux tumeurs solides des ovaires, d'apparence fibromateuse et histologiquement classées par M. Pichevin dans les fibro-sarcomes. Les conditions de guérison paraissent excellentes ; il n'y a pas trace d'ascite, l'ablation semble aussi complète que possible ; la guérison opératoire est facile. Deux mois après, le petit bassin était rempli de tumeurs récidivantes, et actuellement la malade est mourante dans mon service, six mois à peine après l'intervention.

II. *Kyste dermoïde dégénéré.* — Malade de quarante-neuf ans, de santé parfaite jusqu'au développement douloureux d'une tuméfaction abdominale à marche rapide à la fin de l'année 1895 ; l'opération pratiquée le 9 mars 1890 permet d'extraire complètement et sans difficulté un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, contenant des poils et de la matière sébacée, et présentant dans sa partie inférieure, des masses ramollies, blanchâtres, d'apparence cérébriforme. Les douleurs continuèrent et la malade succomba cachectique, sept mois plus tard,

pleine de tumeurs abdominales récidivées et de ganglions inguinaux et profonds d'apparence carcinomateuse.

De ces quelques considérations ressort d'une manière évidente et presque banale la conclusion pratique que tout kyste de l'ovaire diagnostiqué et reconnu doit être opéré de bonne heure et sans tarder. Il existe un nombre considérable de kystes dont le degré de malignité nous est inconnu ; entre la bénignité et la malignité, il n'y a souvent que l'épaisseur d'une mince cloison. A plus forte raison, la présence de l'ascite entraîne une indication encore plus formelle et plus rapide ; elle nous indique que la barrière est rompue et que le danger est déjà dévié ; ce n'est pas en parlant à des chirurgiens que j'ai besoin de dire que par l'opération précoce, en pareil cas plus que jamais, nous nous préparons des succès opératoires certains et des résultats thérapeutiques presque assurés.

Le tout est de ne point laisser à la tumeur primitive le temps de déposer ses greffes, ni de contracter des adhérences par contact et contiguïté.

En outre, dans les cas avancés, pour des raisons qu'il est inutile d'exposer devant vous et qui peuvent se résumer en deux mots, difficulté de l'opération, épuisement antérieur du sujet, la gravité opératoire est extrême et la mortalité immédiate ou rapide est considérable. L'ablation de ces grosses tumeurs, végétantes, adhérentes et généralisées, représente aujourd'hui le summum de difficulté et de gravité des opérations abdominales.

Dans l'exposé des faits que j'ai l'honneur de vous soumettre, je range, d'une part, les résultats immédiats ou opératoires ; d'autre part, les résultats éloignés ou thérapeutiques.

Depuis 1887 jusqu'à ce jour, j'ai opéré :

39 kystes végétants papillaires ;

2 tumeurs solides des ovaires démontrées histologiquement malignes ;

1 kyste dermoïde compliqué de dégénérescence carcinomateuse.

Sur ces 42 opérées, 17 ont succombé rapidement, 25 ont survécu et ont pu être observées un temps plus ou moins long.

Les causes de la mort ont pu être classées de la façon suivante :

2 malades ont véritablement succombé au choc opératoire, cinq heures après l'opération.

2 sont mortes subitement dans la nuit qui suivit l'opération ; l'une par hématémèse foudroyante, l'autre par syncope ;

1 en voie de guérison a été emportée subitement par une embolie de l'artère pulmonaire au sixième jour ;

5 ont succombé du deuxième au septième jour, sans réaction, ni infection, dans un état d'affaiblissement progressif ;

7 ont été atteintes de septicémie péritonéale.

A ces morts opératoires, il faut ajouter 6 décès survenus dans les cinq mois qui ont suivi l'opération.

2 fois après un mois ;

1 fois après un mois et demi ;

1 fois après trois mois ;

1 fois après cinq mois.

Dans 4 cas, les difficultés opératoires ont paru telles que je me suis borné à une laparotomie exploratrice ;

2 fois la mort est survenue dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération. Ces cas de mort font partie des décès comptés plus haut.

Enfin je suis obligé de compter 2 résultats éloignés inconnus :

1° Chez une malade où l'opération fut incomplète et qui sortit de l'hôpital en apparence de guérison, sans qu'on ait eu plus tard de ses nouvelles.

2° Chez une autre malade qui, après une laparotomie exploratrice, guérit opératoirement et fut perdue de vue après sa sortie de l'hôpital.

Les résultats *éloignés* ou *thérapeutiques* portent donc sur l'observation de 17 opérées que j'ai pu suivre et contrôler régulièrement.

Dans 7 cas, la guérison s'est maintenue ou paraît se maintenir après une seule opération.

Depuis cinq ans et trois mois, 1 cas ; depuis trois ans et dix mois, 2 cas ; depuis deux ans et onze mois, 1 cas ; depuis un an et dix mois et demi, 1 cas ; depuis un an et huit mois, 1 cas ; depuis un an, 1 cas.

Toutes ces malades sont actuellement bien portantes, en parfait état de santé et sans aucune apparence de récidive.

Je considère, comme opérée trop récemment pour être citée dans le résultat éloigné, une malade laparotomisée le 24 juillet 1897 et en parfait état de guérison actuelle.

L'histoire de ces divers cas mériterait d'être exposée en détail : qu'il me suffise de dire que la cause de la guérison définitive ou prolongée me paraît devoir être trouvée dans l'absence de tumeur secondaire ou de généralisation épiploïque ou intestinale.

Dans la plupart des cas, la lésion était limitée aux deux ovaires transformés en masses kystiques, plus ou moins volumineuses, recouvertes de végétations papillaires à divers degrés de développement, et s'accompagnant d'une ascite générale considérable.

Cependant chez une malade dont la guérison se maintient depuis vingt mois sans aucune apparence de récidive, les tumeurs kystiques hérissées de nombreuses végétations étaient très adhérentes aux parois du bassin et à l'intestin ; une grosse masse végétante, implantée sur l'intestin grêle et faisant le tour d'une anse, dut être réséquée au thermocautère et laissée en partie adhérente, après avoir été lardée au fer rouge ; tout le bord libre de l'épiploon infiltré de masses végétantes dut être enlevé après plusieurs ligatures en chaine. La malade était cachectique, œdématiée, et néanmoins la guérison semble se maintenir. Du reste, chez toutes ces malades, l'état général était profondément altéré et les chances opératoires étaient rendues incertaines par la profonde déchéance des sujets. C'est merveille de voir le parfait retour à la santé de ces opérées qui semblaient vouées à une mort prochaine.

Du toucher vésical dans certaines affections péri-utérines.

M. Heydenreich (de Nancy). — Dans certaines affections péri-utérines le toucher vésical est une méthode d'exploration qui est susceptible de rendre de réels services. L'observation suivante en est un exemple probant. Il s'agit d'une femme de 39 ans, atteinte d'une inflammation péri-utérine qui faisait bomber le cul-de-sac antérieur du vagin, en même temps qu'elle déterminait la formation d'une masse dure, s'étendant au-dessus du pubis sur une hauteur de trois travers de doigt. Les urines étaient purulentes.

Après une tentative infructueuse pour trouver le foyer purulent le long de la paroi antérieure de l'utérus, je me décidai à recourir à l'exploration de la vessie. Sous le sommeil chloroformique, je pratiquai la dilatation du canal de l'urèthre par l'introduction successive d'une série de bougies de Hegar. Puis j'introduisis le doigt dans la vessie et le poussai jusqu'au fond de l'organe. Je trouvai, à la partie supérieure et un peu à gauche, un orifice dans lequel je pus, en forçant légèrement, faire pénétrer l'extrémité du doigt. J'arrivai ainsi dans une poche assez grande, et, lorsque je retirai le doigt de la vessie, un flot de pus s'écoula par le méat. Le diagnostic n'était par douteux : il s'agissait d'un abcès anté-utérin ouvert dans la vessie.

Séance tenante j'introduisis l'index gauche dans la vessie, presque dans la poche ; avec l'index droit placé dans le vagin, je déterminai le point précis du cul-de-sac antérieur où se percevait l'index gauche et incisai en ce point. Je pénétrai tout droit dans la poche, où je plaçai une sonde de Pezzer ressortant par le vagin. Une deuxième sonde de Pezzer fut placée dans la vessie.

Cette intervention amena rapidement la guérison. La malade retenait bien son urine, mais elle était obligée parfois de satisfaire promptement le besoin d'uriner.

Dans cette observation, le toucher vésical a permis de poser le diagnostic avec une absolue précision et d'instituer le traitement rationnel, qui a amené une guérison rapide.

Le seul reproche que l'on ait adressé au toucher vésical, c'est d'exposer la malade à une incontinence d'urine. Or cette incontinence ne s'observe pas d'ordinaire. Tout au plus se produit-il, parfois, un affaiblissement du sphincter uréthral, vis-à-vis duquel, d'ailleurs, la chirurgie n'est pas désarmée.

Essai sur les ligatures vasculaires dans les tumeurs inopérables.

M. Tuffier (Paris). — Les faits que je réunis ici constituent un essai de réhabilitation. Un essai, car ces neuf observations ne forment pas une étude suffisante pour élucider une question aussi vaste ; et une réhabilitation, puisque ces ligatures ont été déjà tentées contre les néoplasmes. Elle n'a d'autre but que d'appeler votre attention sur certaines indications thérapeutiques dont votre pratique jugera l'efficacité. L'idée d'atrophier une tumeur en supprimant l'arrivée des liquides qui la nourrissent, en l'affamant, n'est pas neuve. Pratiquée au commencement du siècle par Maunoir et Travers, elle fut essayée par Mirault et Broca père en France, Nagel en Allemagne, plus récemment par Baumgartner, Kœhler 1888, et surtout par les Américains ; et Packard en 1895 en publia une étude d'ensemble.

Ces observations sont disparates au point de vue des indications ; je laisse de côté les opérations de ligatures antérieures à la période antiseptique ; les hémorrhagies secondaires étaient alors la règle et le discrédit jeté sur la méthode s'est perpétué depuis. Je crois qu'il faut en rappeler et que les ligatures devenues bénignes peuvent rendre les plus grands services, si elles sont pratiquées dans des cas déter-

minés. Je diviserai à cet égard les néoplasmes *suivant la région* qu'ils atteignent. Certaines régions ont une *vascularité telle* que les ligatures artérielles ne peuvent prétendre à une anémie vraie, et les organes de la face, de la cavité buccale et du pharynx rentrent dans ce cadre ; ils ont une nutrition qui prend sa *source dans des vaisseaux trop nombreux*. J'ai pu me rendre compte que la ligature simultanée des deux linguales ou des deux carotides externes ne fait pas même pâlir la langue ou la face. Si les gros troncs sont vides de sang, la circulation capillaire continue trop intense pour agir temporairement sur la nutrition du néoplasme. Il en est tout autrement des organes dont la vascularisation dépend *de 1, 2 ou 4 troncs principaux*. Les ligatures artérielles amènent alors une atrophie intense de l'organe. A cet égard, j'ai expérimenté sur des viscères à *un seul* pédicule comme le rein ou la rate, et sur des organes à plusieurs pédicules comme l'*utérus*. L'atrophie consécutive est manifeste ; mais, en cas de néoplasme, la vascularisation subit une vaso-dilatation énorme et les ligatures artérielles peuvent être alors insuffisantes. Ce sont les observations qui seules peuvent juger cette question. A cet égard, je diviserai les néoplasmes en tumeurs *bénignes* et *malignes*. Les tumeurs bénignes ainsi attaquées ne sont guère que les fibromes utérins dont la nutrition faible et bizarre se prête à ces interventions. Je ne fais que signaler ces faits déjà nombreux dans la science ; j'ai moi-même lié les vaisseaux du ligament large, en 1892, à Beaujon. Il s'agissait d'un fibrome enclavé dont l'extirpation me paraissait bien dangereuse, vu l'état cachectique de la malade, que M. Péan avait refusé d'opérer. Faute de pouvoir découvrir l'ovaire, je fis la castration d'un côté et la ligature du ligament large de l'autre. Ma malade vit ses pertes disparaître ; et tous ces accidents ont disparu. Son fibrome a fondu comme dans les cas de castration double.

Les tumeurs malignes, auxquelles je me suis adressé, sont des cancers de la langue et de l'utérus. Les ligatures bilatérales des artères linguales ou carotide externe m'ont donné un succès opératoire parfait, mais des résultats *purement palliatifs*. Mon premier malade, envoyé à la Maison Dubois par M. Le Dentu, fut nettement amélioré au point de vue des douleurs et de la gêne fonctionnelle, au point qu'il ne doutait pas de sa guérison quand il repartit pour la Guadeloupe ; mais j'avais déjà constaté que l'évolution de la tumeur, entravée d'abord par la ligature, avait repris sa marche envahissante. J'ai répété quatre fois cette opération à la Pitié : deux fois en liant les deux carotides ; deux

fois en liant les deux linguales derrière la grande corne de l'os hyoïde. Dans les deux cas, douleurs et hémorrhagies disparurent pour quelques semaines; mais la tumeur n'en reprit pas moins son évolution. Je n'aurais pas persisté dans cette voie, si je n'y avais été incité par un succès obtenu dans un cas de cancer utérin. Le succès m'étonna moi-même, au point que je n'ose publier l'observation que seize mois après l'opération. Une femme de 37 ans entre à la Maison Dubois dans l'état le plus lamentable : maigre, cachectique et portant un cancer du col utérin propagé aux parois vaginales. Les lésions sont si manifestes et si étendues qu'on les a jugées inopérables dans le service MM. Richelot et Pozzi, et je partageais moi-même cette opinion. Cependant, ses douleurs étaient telles que je me regardais comme autorisé à tenter un palliatif quelconque et je fis les ligatures des quatre pédicules utérins par laparotomie. Je fis d'abord l'extirpation d'une salpingite suppurée ; puis je liai les deux utéro-ovariennes au-dessus de l'utérus et les deux utérines. A mon grand étonnement, la malade supporta l'opération et ses suites ; le suintement diminua peu à peu ; l'état général s'améliora ; la malade put sortir de l'hôpital. A ce moment, ses lésions étaient très localisées au col. Je fus convaincu que j'avais fait une erreur de diagnostic ; et je gardai ce fait jusqu'au deuxième mois après l'opération où j'examinai de nouveau cette femme à la Pitié. Elle était relativement bien portante et elle portait au niveau du col une tumeur localisée, du volume du pouce, ayant tous les caractères d'un épithélioma. J'enlevai un gros fragment de la tumeur. M. Macaigne, chef du laboratoire des hôpitaux, m'a remis le résultat de son examen, qui conclut à l'épithélioma le plus net.

Cette malade vient de rentrer, sur ma demande, dans mon service dix-sept mois après son opération, où vous pouvez constater l'existence de cette tumeur vraiment momifiée. Je vous livre ce fait sans commentaires. M. Baumgartner en a publié un autre semblable. J'ai pratiqué une seconde fois cette opération, sans pouvoir lier l'artère utérine par voie abdominale. Tenant le milieu entre les tumeurs et les infections, certains états pathologiques, comme la *mégalosplénie*, seraient justiciables de cette méthode. J'ai étudié à cet égard le manuel opératoire de la ligature de la splénique, et j'ai pu le mettre à exécution dans un cas où des lésions multiples m'empêchèrent de pratiquer cette ligature.

M. Hartmann. — J'ai eu l'occasion de pratiquer à diverses reprises

des ligatures atrophiantes dans des cas de néoplasme. La ligature de la carotide externe dans les cancers de l'amygdale ne m'a rien donné; ce qui s'explique par ce fait que pour cette région il n'y a pas de pédicule vasculaire net. Nous pouvions espérer mieux pour les cancers de l'utérus; deux fois nous avons pratiqué la ligature des utérines à leur origine, sans aucun résultat. Dans un troisième cancer inopérable, nous avons lié les deux hypogastriques, les deux utéro-ovariennes et un ligament rond; les sécrétions ont cessé pendant une vingtaine de jours, puis tous les symptômes ont reparu. En somme, nous n'avons guère obtenu de résultats dans les cancers. Il n'en a pas été de même pour les fibromes. Ici la tumeur est presque isolée du tissu ambiant, n'a que peu de vaisseaux. Une simple diminution brusque de l'afflux sanguin, au dire des chirurgiens américains et de quelques allemands, Gottschalk en particulier, suffirait pour amener la régression du fibrome. Trois fois, en pareil cas, nous avons, par le vagin, pratiqué la ligature du pédicule hypogastrique, opération facile et sans danger. Dans les 3 cas, nous avons vu les symptômes disparaître et la tumeur rétrocéder. Aussi voyons-nous dans cette petite opération, non pas seulement un moyen de lutter contre des tumeurs inopérables, mais un mode de traitement applicable à bon nombre de fibromes encore petits, considérés jusqu'ici comme justiciables de l'hystérectomie vaginale.

Sur l'uretérocystonéostomie immédiate pour remédier à une section de l'uretère pendant une hystérectomie abdominale totale pour fibromes.

M. Ed. Schwartz (de Paris). — Malgré les perfectionnements de l'hystérectomie abdominale totale, malgré l'emploi soit du procédé de Doyen, soit du procédé américain modifié suivant les cas, il y a des fibromes utérins, surtout quand ils siègent dans le segment inférieur de l'utérus, qui se confondent, pour ainsi dire, avec l'uretère en l'aplatissant sur eux et dont l'ablation expose à la section du conduit urinaire.

Lorsque le chirurgien aura reconnu séance tenante, une fois la tumeur enlevée, l'accident, quelle devra être sa conduite? Je pense, encouragé par l'observation que je vous présente, qu'il devra tenter la suture du conduit sectionné ou sa greffe sur la vessie, si le bout périphérique ne peut être trouvé facilement. L'opération se fait dans des conditions très favorables, si l'hystérectomie abdominale a été par

elle-même faite dans les délais ordinaires et sans incidents, et le drainage vaginal que nous instituons de parti pris dans toutes nos ablations abdominales de l'utérus, nous est un sûr garant contre l'infiltration d'urine, si la suture n'était pas étanche.

Voici l'observation de notre opérée.

Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, entrée à l'hôpital Cochin, le 19 juillet, pour un gros fibrome de l'utérus, développé en arrière, et poussant un prolongement dans le col ; je choisis la voie abdominale, étant donnés le volume de la tumeur et l'étroitesse des voies naturelles.

L'opération est pratiquée le 24 juillet 1897. Anesthésie facile. Plan incliné. Incision longue de 15 centimètres : on constate, dès que l'abdomen est ouvert, que le fond de l'utérus proémine en avant au-dessus de la masse du fibrome qui est enclavé dans le bassin et remonte ensuite jusque dans le ventre. Avec le tire-bouchon de Delagénière, énucléation de la tumeur ; il est impossible de la pédiculiser. Je procède de gauche à droite à son ablation, sectionnant le ligament large gauche, pinçant l'utéro-ovarienne puis l'utérine et décollant la vessie ; le vagin est ouvert puis désinséré sur l'énorme masse que forme le col ; à droite, je coupe peu à peu et, à un moment donné, je sectionne sans l'avoir vu un conduit aplati ressemblant assez bien à une grosse veine et sur lequel, songeant aussitôt à l'uretère, je place une pince ; la tumeur est enlevée.

C'est alors que je constate que la partie en arrière de la pince se remplit d'un liquide qui n'est autre que de l'urine. L'uretère droit a été sectionné très près de la vessie ; il est très dilaté et un peu épaissi. Je ne trouve pas le bout vésical... Comme l'opération a été rapidement menée (trente-cinq minutes environ), que l'état général de la malade est excellent, je rejette l'idée d'aboucher l'uretère au vagin pour faire plus tard une seconde intervention, et je procède aussitôt à la greffe vésicale, comme l'a fait M. Pozzi dans un cas analogue. Une sonde introduite et poussée dans la vessie refoule celle-ci vers l'uretère sectionné ; elle est ouverte. Une sonde olivaire dont j'enlève le bout est insinuée par l'orifice vésical dans l'uretère et je procède autour d'elle à deux plans de suture : l'un muqueux, autant que possible, avec points noués en dehors, l'autre séro-séreux.

La sonde uretérale est laissée à demeure de même qu'une sonde vésicale. Le péritoine est suturé au vagin, le ligament large est refermé par des sutures. Une mèche de gaze iodoformée draine le vagin et s'en

va jusqu'à l'endroit où l'uretère s'abouche dans la vessie ; fermeture du ventre à trois plans. Durée de toute l'intervention : une heure un quart, après cure d'une hernie ombilicale.

La sonde uretérale a fonctionné, mais il est certain que, vu la quantité d'urine rendue par la vessie, beaucoup de liquide se perdait le long d'elle, sans passer par son canal cependant assez large (sonde nº 14).

Jamais il ne s'est écoulé la moindre goutte d'urine par le vagin. La sonde uretérale est enlevée le sixième jour, la sonde vésicale le huitième jour.

La malade part guérie le 20 août.

Le fibrome enlevé, qui envahissait surtout le segment inférieur, pèse 3 kilog. 700.

M. H. Delagénière. — Au cours d'une hystérectomie abdominale, j'ai sectionné un uretère. Je n'ai pas jugé la complication grave, j'ai réimplanté de suite l'uretère dans la vessie, et j'ai guéri ma malade.

Double valve abdomino-vaginale pour laparotomie.

M. A. Monprofit (d'Angers). — J'ai l'honneur de présenter au Congrès français de Chirurgie un instrument composé de deux valves, s'appliquant, l'une dans une plaie de laparotomie pour lésions pelviennes, l'autre dans le vagin.

Ces deux valves s'articulent l'une avec l'autre au-devant du pubis et tiennent ainsi parfaitement en place, écartant largement la plaie de la laparotomie, éclairant autant qu'il est possible le fond du pelvis et donnant, par suite, une grande facilité pour toutes les manœuvres que nécessitent les ablations d'annexes, l'hystérectomie abdominale totale, et la castration abdominale totale.

Il n'est plus nécessaire d'avoir un aide occupé à tenir la valve destinée à écarter la plaie, et d'autre part le pubis maintient l'instrument en place avec beaucoup plus de constance que ne peut le faire la main d'un aide.

L'aide a donc ses deux mains libres pour collaborer avec le chirurgien, pour faire les ligatures, compléter l'hémostase, et suturer le vagin et le péritoine au fond du petit bassin.

Le Gérant : G. Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XLVIII

Juillet à Décembre 1897.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XLVIII

Juillet à Décembre 1897.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES GÉNÉRALES.